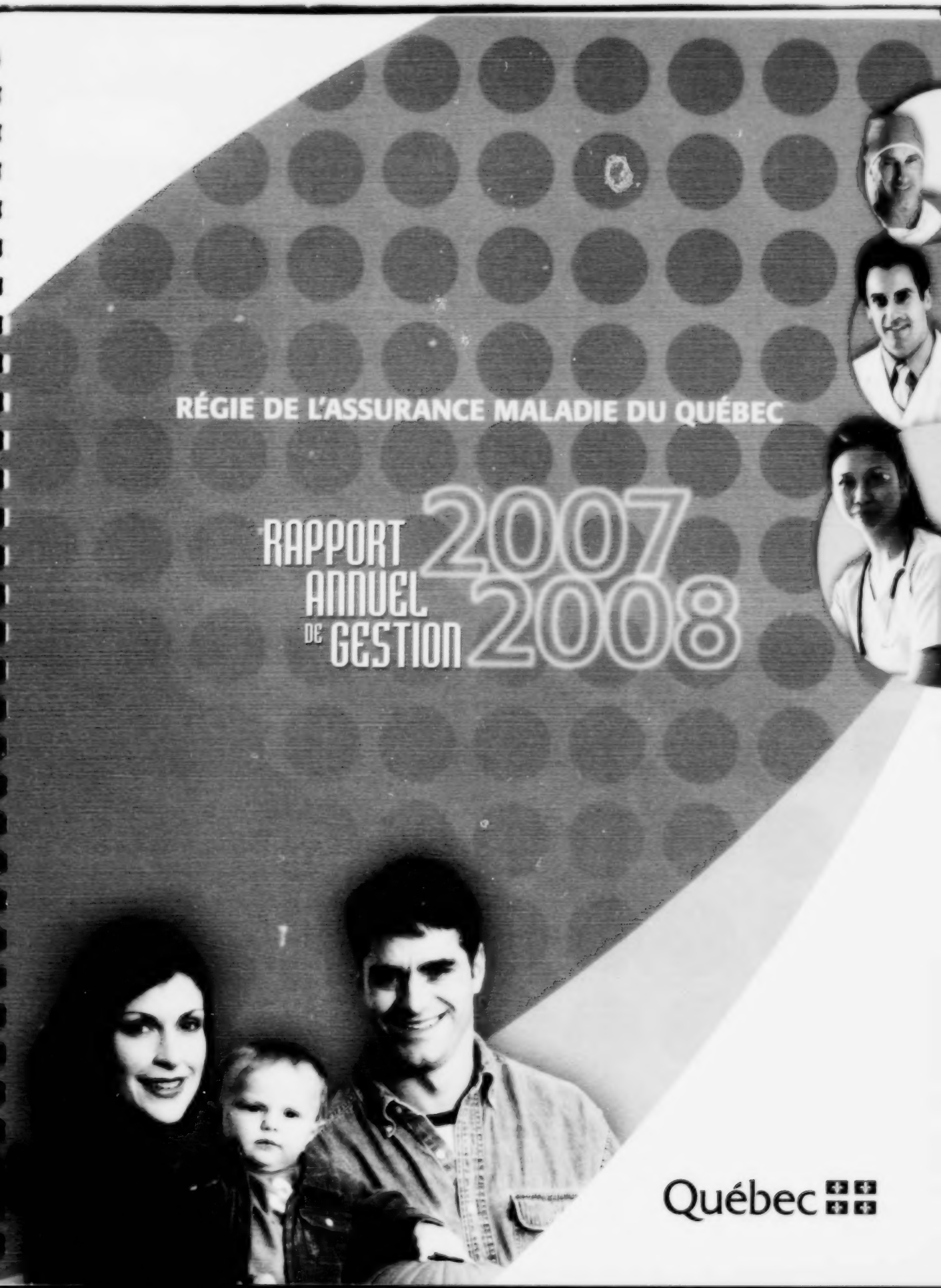
RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2007 2008



Québec

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2007 2008

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination
Katia Fortin
Direction de la gestion stratégique

Édition
Julie Bilodeau
Direction des communications

Graphisme
Daniel Tremblay
Direction des communications

Impression
Transcontinental Québec

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
ISBN 978-2-550-53131-9
ISSN 1703-3780

Dans le présent rapport, le masculin désigne aussi bien les hommes que les femmes lorsque le contexte s'y prête.

Ce rapport a été imprimé sur un papier écologique traité sans chlore.

L'année 2007-2008 en quelques chiffres...

La Régie : une société de services

- 7,5 millions de personnes couvertes par le régime d'assurance maladie, dont 146 000 premières inscriptions
- 3,2 millions de personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments, dont 390 564 nouvelles inscriptions
- Près de 1,5 million de réponses des préposés des centres d'appels aux personnes assurées
- Plus de 1 400 demandes d'information statistique effectuées principalement par des chercheurs et des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux

Les principaux mandats de la Régie

- Renseigner la population et gérer l'admissibilité aux régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments, et aux autres programmes
- Gérer la rémunération versée aux professionnels de la santé et aux autres dispensateurs de services assurés, ainsi que les paiements et les remboursements faits aux établissements, aux laboratoires de même qu'aux autres dispensateurs de services
- Gérer les banques de données confiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et rendre accessible l'actif informationnel de la Régie à différents intervenants du secteur de la santé
- Contribuer à l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux (Dossier de santé du Québec)

- Plus de 5,7 millions de publications distribuées, dont des dépliants et des brochures sur les régimes et programmes administrés par la Régie
- Près de 191,6 millions de demandes de paiement soumises à la Régie par les professionnels de la santé et les autres dispensateurs de services assurés

De nombreux partenaires

- **Intervenants du secteur de la santé et des services sociaux** (ministère de la Santé et des Services sociaux, Conseil du médicament, groupes de médecine de famille, centres locaux de services communautaires, centres d'hébergement et de soins de longue durée, établissements de réadaptation, etc.)
- **Ministères et organismes** (Société de l'assurance automobile du Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ministère de la Sécurité publique, Revenu Québec, ministère des Services gouvernementaux, Services Québec, Centre de services partagés du Québec, etc.)
- **Compagnies d'assurance privées**
- **Autres gouvernements provinciaux** (services médicaux rendus hors du Québec)

La gestion des programmes

Plus d'une quarantaine de programmes administrés par la Régie[1]
totalisant 7,3 milliards de dollars

Principales sources de financement[2]

54,0 % = Fonds des services de santé
39,6 % = Fonds de l'assurance médicaments
6,4 % = Autres sources

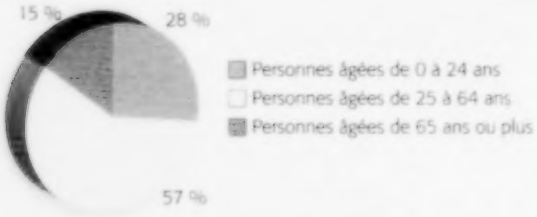
Principales dépenses[2]

52,1 % = Services médicaux
39,1 % = Médicaments et services pharmaceutiques
7,0 % = Autres programmes
1,8 % = Frais d'administration

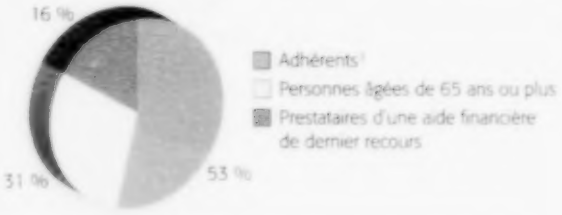
1. La liste des programmes administrés par la Régie figure à l'annexe 2.
2. Pour plus de détails, voir les états financiers de la Régie présentés à la partie 5 du rapport.

Des services rendus aux personnes assurées

Répartition du nombre de personnes assurées par le régime d'assurance maladie au 31 mars 2008



Répartition du nombre de personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments au 31 mars 2008

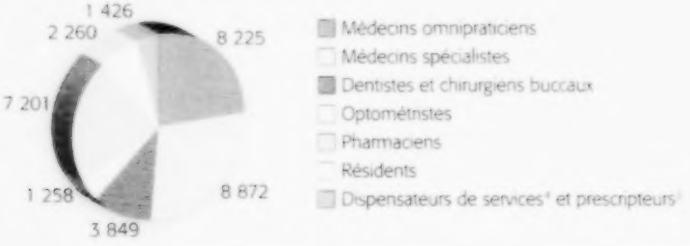


Volume de services rendus

Appels traités :	
• par le système de réponse vocale (renseignements généraux)	450 614
• par le personnel des centres d'appels	1 494 911
Visites aux bureaux d'accueil de la Régie	142 374
Cartes d'assurance maladie délivrées	2 139 401
Demandes d'autorisation reçues pour un médicament d'exception	293 791
Demandes traitées dans le cadre des programmes d'aides techniques	306 324
Demandes traitées dans le cadre des programmes de contribution financière	79 798
Services professionnels et hospitaliers reçus hors du Québec	608 841

Des services rendus aux professionnels de la santé, aux dispensateurs de services et aux prescripteurs

Répartition du nombre de professionnels de la santé, de dispensateurs de services et de prescripteurs au 31 mars 2008



Volume de services rendus

Appels traités :	
• par le système de réponse vocale (renseignements généraux)	3 390
• par les préposés du Centre d'assistance aux professionnels	80 232
• par les préposés du Centre de support aux pharmaciens	147 390
Visites aux bureaux de la Régie	459
Demandes de paiement soumises :	
• par les médecins omnipraticiens et spécialistes, les dentistes, les chirurgiens buccaux et les optométristes	49 926 587
• par les pharmaciens	141 415 825
• par les dispensateurs de services	216 469

3. Personnes de moins de 65 ans, y compris les enfants, n'étant pas prestataires d'une aide financière de dernier recours et n'ayant pas accès à un régime privé.
4. Il s'agit des audioprothésistes, des centres de réadaptation en déficience physique ou visuelle, des ocularistes autorisés, des distributeurs d'aides de suppléance à l'audition, des denturologistes, des laboratoires d'orthèses-prothèses et des audiologistes.
5. En plus des professionnels de la santé, les sages-femmes et les podiatres sont aussi prescripteurs de certains médicaments.

Les lettres de transmission du rapport annuel de gestion de la Régie

Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2008, conformément à la Loi sur l'administration publique et à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

PHILIPPE COUILLARD

Québec, juin 2008

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous soumettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2008.

Ce rapport fait état des résultats obtenus à l'égard des engagements pris par la Régie dans sa déclaration de services aux citoyens et rend compte des objectifs de son plan stratégique pour l'exercice financier 2007-2008. Il fait également ressortir les défis que doit relever la Régie et présente les faits saillants de l'année.

De plus, ce document fait le point sur les ressources humaines et informationnelles de la Régie et répond aux différentes exigences législatives et gouvernementales en vigueur. Enfin, il présente des états financiers vérifiés, dont ceux du Fonds de l'assurance médicaments.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération.

Le président-directeur général,

MARC GIROUX

Québec, juin 2008

La table des matières

Le message du président-directeur général 1

La déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents 3

Le rapport de validation de la vérification interne 5

PARTIE 1
La présentation de la Régie 7

La mission 9

Le conseil d'administration et son comité de vérification 10

La direction 17

La structure administrative 18

PARTIE 2
Les résultats de la Régie 21

Les faits saillants de l'année 23

Le contexte 26

La déclaration de services aux citoyens 28

Les objectifs stratégiques 39

PARTIE 3
Les ressources de la Régie 57

Les ressources humaines 59

Les ressources informationnelles 63

PARTIE 4
Les exigences gouvernementales 65

La politique linguistique 67

Le développement durable 68

L'intégration des personnes handicapées 69

La protection des renseignements personnels et la sécurité de l'information 70

Les suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec 72

PARTIE 5
Les informations financières 75

Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2008 77

Les états financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice terminé le 31 mars 2008 87

Le rapport d'activité 2007-2008 sur le régime général d'assurance médicaments 94

Les annexes 101

1- Les lois et règlements principaux qu'applique la Régie 103

2- Les programmes administrés par la Régie 105

3- Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 112

4- Les recours en cas d'insatisfaction 117

5- Le plan stratégique 2004-2009 (tableau synthèse) 120

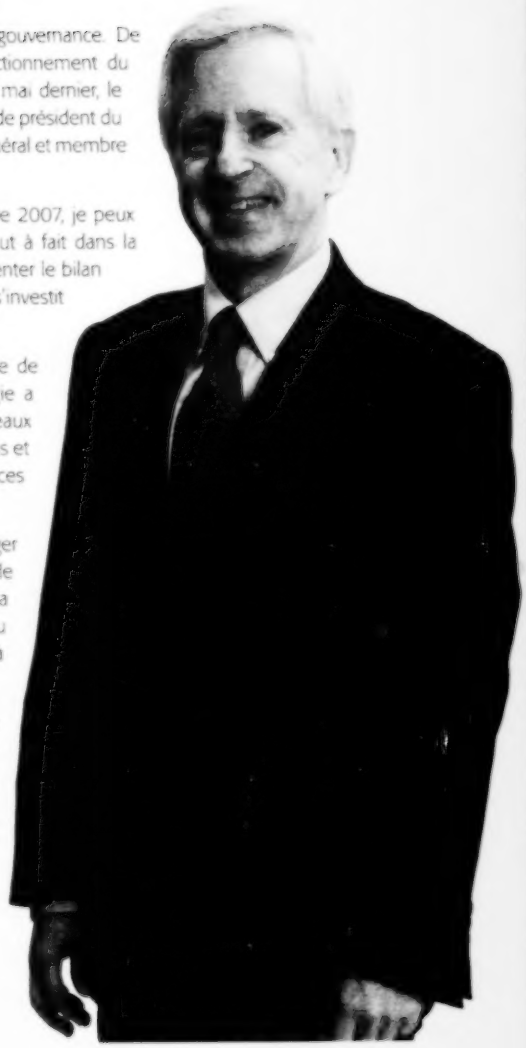
6- Les renseignements financiers relatifs aux programmes administrés par la Régie 122

Les coordonnées de la Régie 133

Le message du président-directeur général

À la Régie, l'année 2007-2008 a été marquée par la modernisation de la gouvernance. De nouvelles dispositions législatives visant notamment la composition et le fonctionnement du conseil d'administration ont, à cet effet, été adoptées. Dans cette foulée, le 21 mai dernier, le Conseil des ministres a procédé à la nomination de Me Michel Lamontagne à titre de président du conseil d'administration ainsi qu'à ma nomination à titre de président-directeur général et membre du conseil d'administration de la Régie.

Ayant agi en tant que président-directeur général par intérim depuis septembre 2007, je peux témoigner des grandes réalisations de l'organisation, lesquelles s'inscrivent tout à fait dans la vision et les priorités d'action du gouvernement. Je suis donc fier de vous présenter le bilan de l'année 2007-2008. À sa lecture, vous constaterez à quel point la Régie s'investit sans cesse dans l'amélioration de ses services.



Outre la tenue des engagements formels que l'organisation a pris en matière de qualité des services, plusieurs réalisations méritent d'être soulignées. La Régie a mené plusieurs consultations auprès de ses clientèles, mis en place de nouveaux services en ligne, poursuivi la simplification et l'allègement de plusieurs processus et procédures tout en misant sur le partenariat, notamment avec le Centre de services partagés du Québec et Services Québec.

Je souhaite rappeler que l'an dernier, la Régie a jugé nécessaire de prolonger d'une année la portée de son plan stratégique 2004-2008, avant d'élaborer de nouvelles perspectives de développement. Cette période transitoire lui permettra de poursuivre ses projets structurants et d'orienter ses prochaines actions au regard des nouvelles responsabilités qu'elle s'est vu confier et qui s'ajoutent à celles qu'elle assume déjà dans le cadre de sa mission.

En conclusion, je tiens à remercier l'ensemble du personnel ainsi que les membres du conseil d'administration pour leur contribution à l'atteinte des résultats de la Régie. Le dévouement et le soutien de chacune de ces personnes permettent de maintenir le lien privilégié de l'organisation avec la population québécoise, en plus de favoriser l'évolution du système de santé et de services sociaux du Québec.

Le président-directeur général,

MARC GIROUX

La déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents

La déclaration qui suit porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité de l'information et des résultats contenus dans ce rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À notre connaissance, les renseignements figurant dans ce rapport :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats et les orientations stratégiques de l'organisme;
- présentent les cibles et les objectifs visés ainsi que les résultats atteints;
- constituent des données exactes et fiables;
- s'appuient sur des systèmes d'information et des mesures de contrôle reconnus.

En conséquence, nous déclarons que les données contenues dans ce rapport ainsi que les contrôles afférents sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2008. De plus, les résultats présentés ont été évalués quant à leur plausibilité et ont fait l'objet d'une mission d'examen par la Direction de la vérification interne.

Le rapport a été approuvé en juin par le comité de régie interne, qui en assume la responsabilité, ainsi que par le conseil d'administration de la Régie.

Marc Giroux
Président-directeur général

Christiane Beauchemin
Directrice générale par intérim
de la rémunération des professionnels

Gilles Beauchesne
Directeur général par intérim
des services aux personnes assurées

Francine Jacques
Directrice générale de l'administration
et de la gestion de l'information

Normand Julien
Secrétaire général
et directeur général des affaires institutionnelles

André Rochon
Directeur des services juridiques

Guy Simard
Directeur de l'actuariat
et de l'analyse des programmes

Guy Trudel
Directeur général par intérim
des systèmes et des technologies de l'information

Le rapport de validation de la vérification interne

Monsieur le Président-Directeur général,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et de l'information figurant au rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2008. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction de la Régie.

Notre responsabilité consiste à évaluer la plausibilité et la cohérence générale de l'information fournie, en nous basant sur le travail que nous avons mené au cours de notre examen. Ce dernier ne constitue pas une vérification.

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes. Les travaux ont consisté à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à utiliser des procédés analytiques, à apprécier le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser les calculs, à échanger avec les unités administratives sur l'information fournie et à leur demander des précisions au besoin.

Au terme de notre examen, nous concluons que l'information de ce rapport annuel de gestion nous paraît, à tous les égards importants, plausible et cohérente.

Normand Ouellet
Directeur de la vérification interne

Québec, juin 2008

La présentation de la Régie

Cette partie présente la mission de la Régie, soit sa raison d'être et ses principaux champs d'activité. Elle fait également connaître la composition de son conseil d'administration, de son comité de vérification et de sa direction, ainsi que leurs mandats et préoccupations de gestion respectifs. L'organigramme représentant la structure administrative de l'organisation clôt la section.

La mission 9

Le conseil d'administration et son comité de vérification 10

La direction 17

La structure administrative 18

LA MISSION

Depuis sa création en 1969, la Régie a acquis une solide réputation en tant que société de services. Relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, elle est directement associée aux grands enjeux en matière de santé, ce qui l'amène à jouer un rôle essentiel auprès de la population[1].

D'ailleurs, sa mission témoigne de son importance au sein du système de santé et de services sociaux :

> *La Régie administre les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi qu'un ensemble de programmes complémentaires. À cet effet, elle informe la population sur les services offerts, gère l'admissibilité aux régimes et aux programmes qu'elle administre et rémunère les professionnels de la santé pour les soins et services rendus aux personnes assurées. De plus, elle fait en sorte que l'expertise et l'information qu'elle détient soient mises au service du ministre ainsi que des chercheurs et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.*

La Régie a donc pour principal mandat d'administrer les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments. Elle a aussi le mandat d'administrer tout autre programme qui lui est confié. De ce fait, ses responsabilités ne cessent de croître suivant l'évolution du système de santé et de services sociaux. Elle administre aujourd'hui plus d'une quarantaine de programmes[2].

Par ailleurs, la Régie conseille ou rémunère plus de 33 000 dispensateurs de services et professionnels de la santé, conformément, dans le cas de ces derniers, aux ententes conclues entre les fédérations médicales ou les associations professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Enfin, la Régie rend accessible son actif informationnel au ministre de la Santé et des Services sociaux, aux chercheurs et aux différents acteurs du réseau. Concrètement, cet actif regroupe un ensemble de renseignements sur la prestation et l'évolution des soins et des services de santé, ainsi que sur les coûts afférents. Les données accessibles sont évidemment divulguées dans le plus grand respect de la protection des renseignements personnels[3].

1. La liste des lois et règlements qu'applique la Régie figure à l'annexe 1.
2. La liste des programmes administrés par la Régie figure à l'annexe 2.
3. Voir la section « La protection des renseignements personnels et la sécurité de l'information » présentée à la page 70 du rapport.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SON COMITÉ DE VÉRIFICATION
(au 31 mars 2008)

Président-directeur général

M. Marc Giroux
Président-directeur général[4]
Nommé le
24 septembre 2007

Diplômé en médecine de l'Université Laval, M. Marc Giroux a été président-directeur d'une clinique médicale, où il était également omnipraticien, et président-directeur de la compagnie Câblovision Alma inc. Il a par la suite travaillé à la Société de l'assurance automobile du Québec pendant dix-sept années. Depuis 2003, il est directeur général de la rémunération des professionnels de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il a également déjà siégé à différents conseils d'administration.

Représentants du milieu des affaires

M^e Michel Lamontagne
Membre du conseil d'administration
Nommé le 2 mars 2005

Administrateur de sociétés

Diplômé en droit de l'Université Laval et par la suite admis au Barreau du Québec, M^e Michel Lamontagne s'est spécialisé en politique fiscale au ministère des Finances du Canada après avoir pratiqué le droit dans un cabinet d'avocats. Il a ensuite occupé plusieurs postes de responsabilité au sein de cabinets de ministres fédéraux et a fait carrière à la direction d'entreprises dans le secteur des finances et de la santé. Depuis 2000, M^e Lamontagne est actif dans le domaine du financement privé et de la formation de groupes d'investisseurs providentiels. Récemment diplômé du Collège des administrateurs de sociétés, il est également administrateur professionnel de sociétés, d'organisations et d'associations.

M. Jacques L'Espérance
Membre du conseil d'administration
Nommé le
10 décembre 2003

Président du comité de vérification

Président
J. L'Espérance Actuariat Conseil inc.

Titulaire d'un baccalauréat en sciences de l'actuariat de l'Université Laval et membre de l'Institut canadien des Actuaires et de la Society of Actuaries, M. Jacques L'Espérance a été analyste en régime de retraite pour ensuite devenir directeur de l'actuariat chez SSQ Groupe financier. Entre 1985 et 2003, il a agi comme conseiller principal à la firme Mercer puis chez les Conseillers Buck. Il est président de J. L'Espérance Actuariat Conseil inc. depuis 2003.

4. M. Marc Giroux a occupé à titre intérimaire les postes de président-directeur général et de président du conseil d'administration entre le 24 septembre 2007 et le 21 mai 2008.

Représentante du milieu du travail

M^me^ Marie-Andrée Comtois
Membre du conseil d'administration
Nommée le 2 mars 2005

Membre du comité de vérification

Retraitée
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

D'abord détentrice d'un baccalauréat en journalisme, M^me^ Marie-Andrée Comtois a par la suite acquis un diplôme de maîtrise en science politique. Pour l'essentiel de sa carrière, elle a agi comme conseillère syndicale à la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. Depuis septembre 2006, elle est retraitée et poursuit un doctorat en santé communautaire. M^me^ Comtois siège également au conseil d'administration de l'Association pour la santé publique du Québec.

Représentants des usagers des services de santé

M. Yves Couturier
Membre du conseil d'administration
Nommé le
10 décembre 2003

Professeur, Service social
Université de Sherbrooke

M. Yves Couturier est titulaire d'un baccalauréat et d'une maîtrise en service social, puis d'un doctorat en sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal. Il a été chargé de cours, assistant de recherche et est, depuis 2001, professeur au Département de service social à l'Université de Sherbrooke.

M. Patrick Fougeyrollas
Membre du conseil d'administration
Nommé le
10 décembre 2003

Chercheur
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

D'abord titulaire d'une maîtrise en anglais de l'Université de Paris VII, M. Patrick Fougeyrollas a obtenu une maîtrise et un doctorat en anthropologie de l'Université Laval. Il a par la suite occupé différents postes de direction à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Depuis 2000, il est directeur de l'enseignement et du soutien scientifique à cet institut et chercheur au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale. Il est également professeur associé à l'Université Laval.

Représentants des professionnels de la santé

M. Normand Bonin
Membre du conseil d'administration
Nommé le 2 mars 2005

Président
Association québécoise des pharmaciens propriétaires

M. Normand Bonin est diplômé en pharmacie de l'Université de Montréal. Propriétaire de trois pharmacies, M. Bonin est également président de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Parallèlement à ces fonctions, il a siégé au conseil d'administration d'Uniprix et en assume la présidence depuis 1999.

Dr Gaétan Barrette
Membre du conseil d'administration
Nommé le 14 août 2007

Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Détenteur d'un doctorat en médecine de l'Université de Montréal, Dr Gaétan Barrette a aussi obtenu un diplôme en radiologie diagnostique. En 1991, il a été reçu membre associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. En plus d'exercer la radiologie vasculaire et interventionnelle à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, où il est membre actif depuis 1990, Dr Barrette est président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec depuis le 16 novembre 2006.

Dr Louis Godin
Membre du conseil d'administration
Nommé le 19 mars 2008

Président-directeur général
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Titulaire d'un doctorat en médecine de l'Université Laval, Dr Louis Godin est membre du Collège des médecins du Québec depuis 1978. Entre 1977 et 2007, il a pratiqué la médecine en cabinet privé et a été membre actif de trois départements de l'Hôtel-Dieu de Lévis. De 1990 à 2007, il a également agi à titre de médecin expert en médecine du travail pour différents organismes. Depuis le 1er janvier 2008, il est président-directeur général de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Représentants des ordres professionnels du domaine de la santé

Dr Yves Lamontagne
Membre du conseil d'administration
Nommé le 2 mars 2005

Président-directeur général
Collège des médecins du Québec

Titulaire d'un doctorat en médecine, Dr Yves Lamontagne détient un certificat de spécialiste en psychiatrie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi que de l'American Psychiatric Association. Il est également diplômé de l'Ordre des administrateurs agréés du Québec. Il a été professeur titulaire au département de psychiatrie de l'Université de Montréal après avoir été directeur du Centre de recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Depuis 1998, il est président-directeur général du Collège des médecins du Québec.

Mme Danielle Lessard
Membre du conseil d'administration
Nommée le
10 décembre 2003

Optométriste
Institut Nazareth et Louis-Braille

Détentrice d'une licence et d'un doctorat en optométrie, Mme Danielle Lessard a également obtenu un diplôme d'études supérieures spécialisées en administration publique de l'École nationale d'administration publique. Après avoir travaillé dans différents centres comme optométriste, Mme Lessard a exercé diverses fonctions de gestion et de conseillère à l'Institut Nazareth et Louis-Braille. Elle y est actuellement optométriste.

Représentants d'un conseil d'administration d'établissement ou d'agence de la santé et des services sociaux

M^me^ Kristen Robillard
Membre du conseil d'administration
Nommée le 2 mars 2005

Membre du conseil d'administration
Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

Diplômée au baccalauréat en psychologie de l'Université McGill, M^me^ Kristen Robillard détient également une maîtrise en service social et une maîtrise en droit et politiques sociales du Collège Bryn Mawr de Pennsylvanie. M^me^ Robillard a occupé divers postes de gestion au sein du réseau de la santé et a été nommée ombudsman de l'Université Concordia en 2000. Elle a été membre du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de René-Cassin et Notre-Dame-de-Grâce et siège au conseil d'administration du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.

D^r^ Michel Baron
Membre du conseil d'administration
Nommé le 12 mai 2004

Président-directeur général
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Diplômé en médecine de l'Université de Sherbrooke, D^r^ Michel Baron est certifié en médecine interne et en gériatrie par le Collège des médecins du Québec. Il a également été membre associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Après avoir occupé diverses fonctions au sein de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, il y a occupé le poste de doyen de 1996 à 2003. Depuis janvier 2004, il est président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Représentante du gouvernement

M^me^ Louise Montreuil
Membre du conseil d'administration
Nommée le
18 octobre 2006

Sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Titulaire d'un baccalauréat en nutrition diététique, M^me^ Louise Montreuil est aussi détentrice d'une maîtrise en administration publique de l'École nationale d'administration publique. Elle a occupé divers postes de gestion au sein du réseau de la santé et des services sociaux, dont celui de directrice générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Elle travaille au ministère de la Santé et des Services sociaux depuis 1999 et y occupe un poste de sous-ministre adjointe depuis 2006.

Secrétaire

M. Normand Julien
Secrétaire du conseil d'administration

Directeur général des affaires institutionnelles et secrétaire général
Régie de l'assurance maladie du Québec

Le conseil d'administration

En vertu de sa loi constitutive, la Régie est administrée par un conseil d'administration composé de 15 membres nommés par le gouvernement, dont le président du conseil et le président-directeur général. Au 31 mars 2008, M. Marc Giroux, président-directeur général par intérim, assumait également les responsabilités de président du conseil d'administration. Le secrétaire général de la Régie est, quant à lui, nommé d'office secrétaire du conseil d'administration sans toutefois en être membre.

Les principales responsabilités du conseil d'administration consistent notamment à adopter le plan stratégique de la Régie et à approuver les états financiers, le rapport annuel de gestion et le budget annuel. Le conseil approuve également les règles de gouvernance de la Régie.

Les réunions du conseil d'administration sont prévues en début d'année. Des rencontres extraordinaires peuvent être organisées au besoin. Au cours de l'année 2007-2008, le conseil d'administration s'est réuni à huit reprises.

Un aperçu des dossiers ayant été étudiés

- La modernisation de la gouvernance de la Régie.
- Le rapport annuel de gestion 2006-2007 ainsi que les états financiers de la Régie et du Fonds de l'assurance médicaments.
- L'examen de la prime et des paramètres de contribution au régime public d'assurance médicaments.
- Les modifications relatives aux règlements découlant de la Loi sur l'assurance maladie.
- Les résultats de sondages visant à mesurer les attentes et la satisfaction de la clientèle.
- Le rapport de vérification du Vérificateur général du Québec sur l'optimisation des ressources portant sur les programmes d'aides techniques.
- La contribution de la Régie aux projets liés à l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.
- Le projet de rénovation du siège social.

Dans le but de parfaire leurs connaissances en matière de gouvernance, des membres du conseil d'administration ont, dans la dernière année, participé à des sessions de formation du Collège des administrateurs de sociétés. Au fil des ans, trois membres ont été diplômés et ont ainsi été désignés administrateurs de sociétés certifiés.

Diverses valeurs et règles guident les actions et les décisions du conseil d'administration quant aux relations à établir avec la population, les professionnels de la santé, les divers partenaires de la Régie et ses employés. Elles sont consignées dans son code d'éthique et de déontologie[5]. Depuis son adoption, le 13 octobre 1999, aucun cas particulier n'a été traité et aucun manquement n'a été constaté.

5. Conformément à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration est accessible au public (voir l'annexe 3).

Le comité de vérification

Le comité de vérification est constitué par le conseil d'administration. Au 31 mars 2008, ce comité était composé de deux membres, soit M. Jacques L'Espérance et M^me^ Marie-Andrée Comtois. Le comité a notamment pour fonctions :

- d'approuver le plan annuel de vérification interne;
- de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne adéquats et efficaces soient mis en place;
- de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers.

Il est à noter que, en vertu de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, à laquelle la Régie est assujettie depuis le 22 novembre 2007, les activités de la Direction de la vérification interne s'exercent sous l'autorité du comité de vérification.

Au cours de l'année 2007-2008, cinq réunions du comité de vérification ont eu lieu.

Un aperçu des dossiers ayant été étudiés

- La planification des mandats et le rapport d'activité de la Direction de la vérification interne.
- L'examen des états financiers de la Régie et ceux du Fonds de l'assurance médicaments.
- La gestion des risques et de la sécurité de l'information.
- Le suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec en matière de gestion de la sécurité informatique.
- Le projet de rénovation du siège social.

Ainsi, le comité de vérification veille à ce que les exigences propres à une saine gestion de même que les lois, règlements et politiques soient respectés.

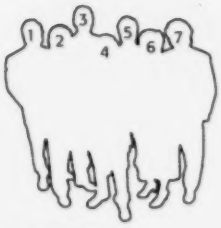
LA DIRECTION
(au 31 mars 2008)

Le comité de régie interne est composé de sept membres représentant les cinq directions générales de la Régie de même que la Direction des services juridiques et la Direction de l'actuariat et de l'analyse des programmes. Sa présidence et la direction générale de l'organisation sont assumées par le président-directeur général par intérim de la Régie, M. Marc Giroux. Le directeur général des affaires institutionnelles agit comme secrétaire du comité.

Les membres du comité de régie interne conseillent le président-directeur général dans l'exercice de ses fonctions et assurent l'unité d'action de la direction générale de la Régie par leur participation aux décisions relatives à l'administration de cette dernière.

Dix-sept réunions ont été tenues pendant l'année 2007-2008. Outre la plupart des dossiers présentés au conseil d'administration, les membres du comité de régie interne ont traité des affaires courantes et des dossiers structurants pour la Régie. Ces dossiers visaient, entre autres :

- la modernisation de la gouvernance de la Régie;
- la stratégie de mesure des attentes et de la satisfaction de la clientèle;
- le plan d'investissement en technologie de l'information;
- le suivi du plan d'action en cas de pandémie;
- le plan annuel de sensibilisation et de formation sur la sécurité de l'information;
- le plan d'action pour la santé et la sécurité des personnes;
- le plan directeur immobilier du siège social.



1. **Gilles Beauchesne**[6]
   Directeur général par intérim des services aux personnes assurées
2. **Guy Simard**
   Directeur de l'actuariat et de l'analyse des programmes
3. **Normand Julien**
   Secrétaire général et directeur général des affaires institutionnelles
4. **Marc Giroux**
   Président-directeur général par intérim et directeur général de la rémunération des professionnels
5. **André Rochon**
   Directeur des services juridiques
6. **Francine Jacques**
   Directrice générale de l'administration et de la gestion de l'information
7. **Guy Trudel**[7]
   Directeur général par intérim des systèmes et des technologies de l'information

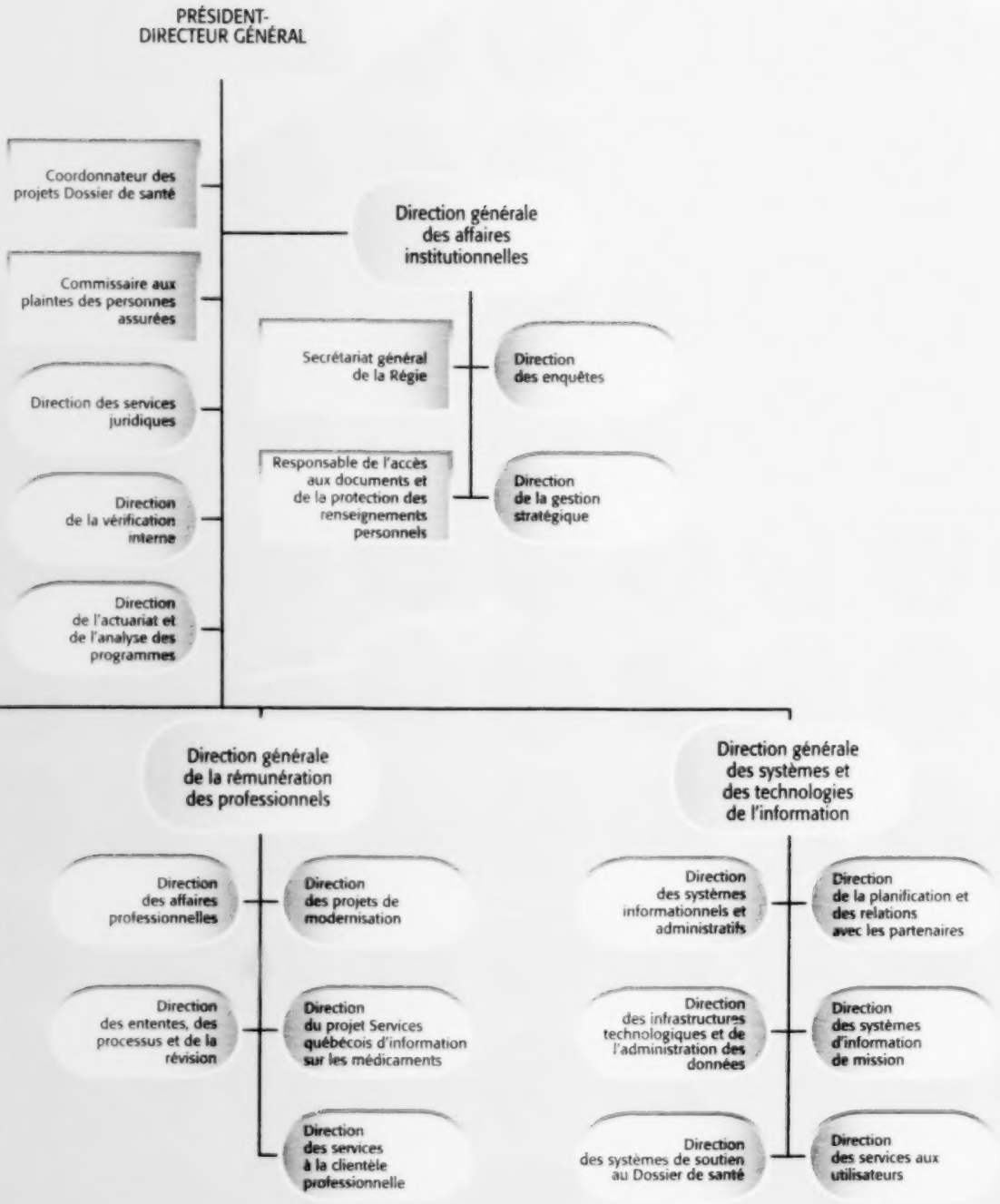
6. M. Gilles Beauchesne occupe le poste de directeur général par intérim des services aux personnes assurées depuis le 12 novembre 2007.
7. M. Guy Trudel occupe le poste de directeur général par intérim des systèmes et des technologies de l'information depuis le 26 novembre 2007.

LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE

(au 31 mars 2008)

La Régie relève directement du ministre de la Santé et des Services sociaux. Son organisation administrative reflète les trois grands volets de sa mission : le service aux citoyens, la rémunération des professionnels de la santé ainsi que la gestion de l'information. Elle compte aussi des unités à mandats horizontaux, soit les affaires institutionnelles, les services de soutien à la gestion, les technologies de l'information, les services juridiques, ainsi que l'actuariat et l'analyse des programmes.

La Direction de la vérification interne donne à la Régie une assurance sur le degré de maîtrise de ses activités. Un commissaire aux plaintes des personnes assurées est également à la disposition de la population afin d'en représenter les intérêts auprès de l'administration de la Régie.


PRÉSIDENT-
DIRECTEUR GÉNÉRAL
Coordonnateur des projets Dossier de santé
Commissaire aux plaintes des personnes assurées
Direction des services juridiques
Direction de la vérification interne
Direction de l'actuariat et de l'analyse des programmes
Direction générale des affaires institutionnelles
Secrétariat général de la Régie
Responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels
Direction des enquêtes
Direction de la gestion stratégique
Direction générale de la rémunération des professionnels
Direction des affaires professionnelles
Direction des ententes, des processus et de la révision
Direction des projets de modernisation
Direction du projet Services québécois d'information sur les médicaments
Direction des services à la clientèle professionnelle
Direction générale des systèmes et des technologies de l'information
Direction des systèmes informationnels et administratifs
Direction des infrastructures technologiques et de l'administration des données
Direction des systèmes de soutien au Dossier de santé
Direction de la planification et des relations avec les partenaires
Direction des systèmes d'information de mission
Direction des services aux utilisateurs

Les résultats de la Régie

Cette partie expose d'abord les réalisations marquantes de la Régie en 2007-2008. Elle fait également état des éléments significatifs du contexte dans lequel elle a évolué au cours de cette période. Enfin, elle présente les résultats relatifs aux engagements de sa déclaration de services aux citoyens et aux objectifs de son plan stratégique 2004-2009, lesquels constituent les pierres angulaires de sa reddition de comptes.

Les faits saillants de l'année 23
Le contexte 26
La déclaration de services aux citoyens 28
Les objectifs stratégiques 39

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

La présente section fait état des réalisations qui ont marqué l'année 2007-2008 de la Régie et qui méritent d'être soulignées. Ces réalisations s'inscrivent tout à fait dans la vision et les priorités d'action du gouvernement.

L'amélioration des services à la clientèle

L'amélioration des services à la clientèle constitue une préoccupation centrale pour la Régie, qui la place d'ailleurs au cœur de sa déclaration de services aux citoyens et de son plan stratégique. Outre l'accomplissement des engagements formels qu'elle a pris en matière de qualité des services, plusieurs actions réalisées par la Régie en 2007-2008 sont à signaler.

La consultation des clientèles

La Régie a mené diverses consultations afin d'apprécier les connaissances de la population quant à ses obligations et responsabilités.

Dans le contexte de son mandat d'informer les citoyens sur les services couverts et les conditions d'accès à ceux-ci, la Régie a mené un sondage et des groupes de discussion qui lui ont permis d'évaluer les connaissances de la population quant à ses obligations en matière d'assurance médicaments. Les résultats ont contribué à la conception de la campagne d'information qui a débuté en mars.

Un autre sondage a permis d'estimer le pourcentage de voyageurs qui se munissent d'une assurance privée couvrant les frais médicaux et hospitaliers avant de s'absenter du Québec. Une stratégie de relations publiques a été élaborée à partir des résultats. Ainsi, une quinzaine de médias ont porté le message de la Régie, à savoir l'importance, pour tous les voyageurs, de souscrire une assurance voyage privée avant le départ.

Un service en ligne facilitant la gestion des aides techniques

Afin d'améliorer l'efficience de la gestion des programmes d'aides techniques, la Régie a déterminé un moyen qui, depuis quelques années, permet de donner une deuxième vie à certaines aides techniques attribuées aux personnes assurées. Cette façon de faire consiste à récupérer des fauteuils roulants et des bases de positionnement, et à les remettre en état afin de les réattribuer.

La Régie a créé un nouveau service en ligne nommé Gestion des aides techniques. Cet outil informatisé facilite non seulement la gestion des stocks de l'ensemble des fauteuils roulants et des bases de positionnement attribués partout sur le territoire québécois, mais il offre aussi la facturation électronique.

Ainsi, il est plus aisé d'effectuer une vérification en temps réel de la disponibilité d'un appareil remis à neuf. L'allègement du processus est profitable tant à la Régie qu'à ses partenaires dans ce domaine.

L'actualisation d'information relative au régime général d'assurance médicaments

Le régime général d'assurance médicaments est entré en vigueur le 1er janvier 1997. Il a donc connu son dixième anniversaire. Ce régime a atteint son objectif d'accessibilité aux médicaments.

Le projet de loi nº 130[1], sanctionné le 13 décembre 2005, a permis d'améliorer différents aspects administratifs de ce régime en se basant sur l'expérience acquise et la jurisprudence établie. Afin d'assurer la diffusion des changements et d'en garantir une application uniforme par les intervenants en matière d'assurance médicaments, tant au régime public qu'au secteur privé, il s'avérait nécessaire de réviser en profondeur les textes de l'*Info assurance médicaments*. Ce document présente les positions de la Régie sur différents sujets liés à la Loi sur l'assurance médicaments. Certains textes sont maintenant accessibles sur son site Internet. L'exercice de révision se poursuivra durant l'année 2008-2009, ce qui permettra d'enrichir les contenus.

1. L.Q., 2005, chapitre 40.

L'allègement de la procédure d'autorisation des médicaments d'exception

Depuis le 25 avril 2007, la Régie offre une nouvelle procédure qui permet aux personnes assurées d'obtenir leur médicament d'exception sans délai. Il s'agit de la codification. Concrètement, au lieu de remplir un formulaire, le médecin inscrit sur l'ordonnance un code correspondant à la condition médicale de son patient, rendant celui-ci admissible à la couverture du médicament prescrit. Ainsi, le paiement est autorisé sur-le-champ, au moment de la transmission de l'information à la Régie par le pharmacien.

La mise en place de cet allègement administratif découle de la Politique du médicament. Dans cette foulée, la Régie a effectué une analyse de risques rigoureuse afin de déterminer les médicaments pouvant faire l'objet de cette mesure, retenant ainsi plus de 80 médicaments pour l'implantation initiale, soit près de la moitié des médicaments d'exception.

Des actions de communication ciblées mises en œuvre en étroite collaboration avec les partenaires de la Régie, soit la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec ainsi que l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, ont permis d'obtenir des résultats très intéressants. En effet, les médecins optent de plus en plus pour la codification.

Des nouveautés en gestion

La modernisation de la gouvernance de la Régie

L'exercice financier 2007-2008 a été marqué par l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec et modifiant d'autres dispositions législatives[2]. Sanctionnée le 22 novembre 2007, cette loi assujettit la Régie à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État et introduit dans sa loi constitutive de nouvelles règles de gouvernance adaptées à celle-ci.

Ces nouvelles dispositions législatives visent notamment la composition et le fonctionnement du conseil d'administration de la Régie. Elles précisent les nouvelles règles de nomination des membres et prescrivent une exigence d'indépendance pour huit d'entre eux. Elles prévoient la séparation des fonctions de président du conseil et de président-directeur général. Elles exigent aussi la mise en place de deux comités relevant du conseil d'administration, à savoir le comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines, ainsi que le comité de vérification, qui existait déjà de façon statutaire. La Régie devra enfin appliquer de nouvelles règles concernant la divulgation et la publication des renseignements relatifs à la gouvernance.

Les enquêtes ministérielles

En 2007-2008, la Régie a mené sept enquêtes afin de vérifier les allégations de certains quotidiens. Ceux-ci rapportaient des manquements possibles à la Loi sur l'assurance maladie de la part de professionnels de la santé exerçant dans le cadre du régime d'assurance maladie. Des vérifications auprès de cliniques médicales ont été réalisées à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les situations dépeintes par les médias ont suscité des interrogations chez la population quant à la pérennité du système public de santé lorsque l'accès à un professionnel de la santé dépend de la capacité de payer du citoyen.

Les enquêtes ont permis de vérifier les faits et de les replacer dans leur véritable contexte. Elles ont aussi amené la Régie à intervenir auprès des propriétaires de ces cliniques et de certains professionnels de la santé, lorsque la situation l'exigeait, pour rappeler l'application des dispositions de la Loi sur l'assurance maladie et demander d'apporter les correctifs nécessaires afin qu'elle soit respectée. Les résultats des enquêtes terminées au cours de l'année ont été rendus publics et les rapports sont accessibles sur le site Internet de la Régie.

2. Projet de loi n° 26 (2007, chapitre 21)

L'élaboration d'une approche de gestion par activité

La Régie poursuit ses travaux en vue de se doter d'un outil de gestion permettant notamment de mesurer le coût des services offerts (par programme, par clientèle et par domaine de services). L'approche retenue est celle de la « gestion par activité » : une fois implantée, elle soutiendra efficacement les activités de reddition de comptes et facilitera l'allocation des ressources. Au cours de l'exercice 2007-2008, la Régie a conclu une entente de location à long terme d'un progiciel facilitant le traitement des données et a entrepris les travaux de modélisation de ses activités et services.

Le partenariat avec le secteur public

La Régie n'hésite pas à adopter diverses formules de partenariat dans ses façons de faire, et ce, depuis de nombreuses années. À cet égard, signalons que, au cours de l'exercice financier 2007-2008, la Régie :

- a transféré au Centre de services partagés du Québec les activités liées à la rémunération de son personnel. Afin d'assurer une transition adéquate et le maintien de la qualité des services rendus, les processus ont été révisés, plusieurs aspects du travail ont été réorganisés et un suivi a été effectué;
- a collaboré étroitement avec Services Québec pour réaliser l'interconnexion des centres d'appels des deux organismes. Ainsi, les appels des citoyens qui communiquent avec Services Québec peuvent désormais être transférés rapidement vers un agent spécialisé du centre d'appels de la Régie. Depuis le début de cette collaboration, environ 21 000 appels ont été transférés à la Régie par Services Québec, soit plus de 400 appels par semaine.

LE CONTEXTE

À l'instar de bien des systèmes de santé nationaux, en particulier ceux qui sont publics et à caractère universel, le système de santé québécois subit des pressions importantes pour s'ajuster aux changements démographiques, socioéconomiques et technologiques. Il doit donc constamment s'adapter pour réussir à concilier les besoins croissants des citoyens et la capacité financière de l'État.

La Régie, en tant qu'acteur du système de santé québécois, doit également composer avec cette réalité. Pour faire face à ces changements, elle s'est vu confier de nouvelles responsabilités qui s'ajoutent à celles qu'elle assume déjà dans le cadre de sa mission.

Des responsabilités accrues et de plus en plus complexes

Le 30 novembre 2005, le lieutenant-gouverneur du Québec sanctionnait la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives[3], dont la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec. Cette nouvelle loi propose une série de mesures visant à clarifier les responsabilités des différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, à mieux garantir la qualité des soins de santé et des services sociaux, ainsi qu'à favoriser la circulation de l'information de santé dans le respect de la protection des renseignements personnels. C'est particulièrement dans ce dernier volet que la Régie intervient.

Depuis 2005, outre les fonctions qui lui ont été dévolues par les modifications précitées, d'autres responsabilités ont été confiées à la Régie dans la foulée de la mise en place du Dossier de santé du Québec et de l'informatisation du réseau.

Sanctionné le 13 décembre 2007, le projet de loi n° 51[4] a modifié la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de permettre à la Régie d'élaborer et de tenir à jour un registre des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux et, à cette fin, de recueillir les renseignements permettant la constitution de ce registre en vue de les communiquer aux professionnels et aux intervenants de la santé. Une fois ce registre constitué, il sera possible d'établir l'identification unique de ces personnes et ainsi de soutenir, notamment, la planification, l'organisation et la prestation de services en matière de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, la Politique du médicament, adoptée en février 2007, et la sanction du projet de loi n° 130[5] modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives ont également généré des changements dans les processus et les façons de faire de la Régie. En effet, les nouvelles orientations et dispositions législatives ont notamment pour conséquence d'accroître la capacité d'intervention de la Régie, principalement en ce qui concerne :

- le processus de détermination de l'admissibilité des personnes au régime public d'assurance médicaments;
- la modernisation des processus et des systèmes liés au recouvrement de créances tant auprès des personnes assurées que des professionnels de la santé;
- la consignation d'éléments d'information supplémentaires permettant de mieux préciser la responsabilité parentale de la couverture des enfants de 17 ans ou moins et des étudiants de 18 à 25 ans;
- l'encadrement de l'obligation qu'ont les assureurs et les administrateurs de régimes d'avantages sociaux qui offrent des couvertures d'assurance médicaments collectives de fournir à la Régie certains renseignements sur les contrats;
- la récupération auprès des pharmaciens des montants de ristournes, des gratifications ou d'autres avantages qui pourraient leur être offerts illégalement.

3. Projet de loi n° 83 (2005, chapitre 32).
4. L.Q., 2007, chapitre 31.
5. L.Q., 2005, chapitre 40.

Pour ce dernier point, un nouveau règlement et des modifications à un règlement existant sont entrés en vigueur en 2007-2008. Ils ont permis de déterminer les avantages que les fabricants de médicaments, génériques ou innovateurs, sont dorénavant autorisés à verser aux pharmaciens propriétaires tout en précisant leurs obligations et contraintes respectives.

Ces nouveaux pouvoirs et responsabilités sont presque tous en vigueur, ce qui a permis d'améliorer l'encadrement en matière d'assurance médicaments.

Une organisation en mutation

La Régie peut compter sur un personnel compétent et expérimenté. Toutefois, l'analyse du profil de l'effectif fait ressortir que, comparativement à l'ensemble de la fonction publique, elle fait face à un plus grand nombre de départs à la retraite.

Ce phénomène est d'autant plus préoccupant que la majeure partie des membres du personnel compte de nombreuses années de service au sein de l'organisation. Par conséquent, la préservation des compétences est primordiale. La Régie doit donc assurer à la fois le transfert harmonieux des connaissances et le développement optimal du personnel déjà en place et dont l'expertise est essentielle pour effectuer la transition avec efficacité.

Cette réalité, jumelée à l'évolution du système de santé et à la modernisation des principaux processus et outils de gestion, donne lieu à de nombreux changements. C'est dans ce contexte que s'inscrivent les résultats obtenus par la Régie en 2007-2008.

LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

Depuis ses débuts, la Régie place les services aux citoyens au cœur de ses priorités. Elle met tout en œuvre pour favoriser une large accessibilité à ses services, au bénéfice des personnes assurées et des professionnels de la santé. Cela constitue un défi de taille, compte tenu des importants volumes de services que les contacts entre la Régie et sa clientèle génèrent.

Par conséquent, la Régie doit se montrer particulièrement vigilante en matière de qualité de services. Sa plus récente déclaration de services aux citoyens, rendue publique en juin 2004, présente d'ailleurs des engagements concrets à ce sujet. Il est possible de la consulter dans le site Internet de la Régie. Un dépliant la présentant est également disponible à l'accueil des bureaux de la Régie à Québec et à Montréal. Il est même distribué directement à certains groupes de clientèles, notamment aux finissants en médecine.

La Régie a pris quatre engagements dans sa déclaration de services. Elle s'est engagée auprès des personnes assurées et des professionnels de la santé à :

1) les accueillir avec **courtoisie**;

2) les servir dans le respect des règles de **confidentialité**;

3) les servir avec **compétence**;

4) leur offrir des **services rapides**.

Le dénombrement des plaintes permet de mesurer l'appréciation des clients à l'égard des aspects qualitatifs de chacun des engagements précédents. Il importe de préciser qu'une plainte est définie comme étant l'expression orale ou écrite d'une insatisfaction de la part d'une personne (ou de son représentant) relativement à un service rendu par la Régie la concernant, ou à l'égard d'un employé de la Régie.

Dans le cas des services s'adressant aux personnes assurées, ce sont les plaintes reçues par le commissaire aux plaintes des personnes assurées qui sont considérées comme indicateurs. Quant aux plaintes relatives aux services s'adressant aux professionnels de la santé, c'est la Direction des services à la clientèle professionnelle qui en assure le suivi. Bien que le personnel de la Régie fournisse des efforts soutenus pour offrir des services de qualité à la clientèle, certaines situations peuvent provoquer de l'insatisfaction. À ce sujet, différents recours[6] sont à la disposition d'une personne insatisfaite du service reçu, qu'il s'agisse d'un assuré ou d'un professionnel de la santé.

En plus des plaintes, des indicateurs et des cibles quantifiées permettent de mesurer les aspects de l'engagement relatif à la rapidité.

Les pages qui suivent contiennent une reddition de comptes à l'égard de chacun des quatre engagements pris par la Régie dans sa déclaration de services aux citoyens.

6. Les recours en cas d'insatisfaction figurent à l'annexe 4.

La courtoisie

La Régie s'engage à accueillir les personnes assurées et les professionnels de la santé de façon courtoise. Ainsi, le personnel de la Régie :

- se nomme lorsqu'il répond à l'appel;
- prend le temps d'écouter la personne et lui consacre toute l'attention nécessaire;
- s'assure qu'elle a bien compris les renseignements fournis et que ceux-ci répondent bien à ses questions.

L'indicateur utilisé pour rendre compte de la courtoisie est le nombre de plaintes reçues à ce sujet de la part des personnes assurées et des professionnels de la santé.

Indicateur	Résultats annuels	
	2006-2007	2007-2008
Nombre de plaintes reçues :		
• personnes assurées	43	33
• professionnels de la santé	0	0

Commentaires

- *La Régie traite annuellement, tant par téléphone qu'à l'accueil de ses bureaux, 1,6 million de demandes. En 2007-2008, le commissaire a reçu 33 plaintes de personnes assurées, ce qui représente une diminution comparativement à l'exercice précédent.*
- *Dans un objectif d'amélioration continue, la Régie mise sur la formation du personnel qui entre en contact direct avec le public et sur l'application d'un programme d'assurance qualité. Un des volets de ce programme permet notamment d'apprécier cet aspect du service; une écoute des appels reçus par les préposés est effectuée sur une base régulière et de façon aléatoire afin de leur fournir une rétroaction.*

La confidentialité

La Régie s'engage à offrir des services de qualité aux personnes assurées et aux professionnels de la santé dans le respect des règles de confidentialité. Ainsi, le personnel de la Régie :

- s'assure de leur identité avant de leur fournir des services en relation avec des renseignements personnels les concernant;
- consulte uniquement les renseignements personnels nécessaires à l'exercice de ses fonctions;
- est soutenu de différentes façons dans l'application des règles de confidentialité;
- reçoit ses clients dans un lieu qui permet des échanges en toute confidentialité.

À cet égard, la clientèle est accueillie dans des locaux spécialement aménagés de façon à assurer la confidentialité des propos échangés par le client et le préposé aux renseignements. De plus, dans le cadre des services téléphoniques et d'accueil, le préposé doit se conformer à un protocole rigoureux de vérification de l'identité de la personne assurée. Ce protocole prévoit également le type d'information qu'il lui est permis de transmettre.

Par ailleurs, tous les employés de la Régie, plus particulièrement ceux qui sont en contact direct avec les personnes assurées et les professionnels de la santé, sont sensibilisés à l'importance de la protection des renseignements personnels. Des rappels sont régulièrement faits à ce propos. Des activités de formation et différentes mesures de soutien sont aussi offertes aux employés, notamment de la documentation ainsi qu'une section traitant de la confidentialité dans le site intranet. Des personnes-ressources sont aussi disponibles pour aider les employés. Enfin, chaque employé détient un profil d'accès aux banques de données, lequel est géré par un système informatisé. De cette façon, la Régie s'assure que chacun a uniquement accès aux renseignements nécessaires à l'accomplissement de sa tâche.

L'indicateur utilisé pour rendre compte de la confidentialité est le nombre de plaintes reçues à ce sujet de la part des personnes assurées et des professionnels de la santé.

Indicateur	Résultats annuels	
	2006-2007	2007-2008
Nombre de plaintes reçues :		
• personnes assurées	6	1
• professionnels de la santé	1	0

Commentaires

- *En 2007-2008, la Régie n'a reçu qu'une plainte concernant la confidentialité. Celle-ci portait sur les renseignements contenus dans l'avis de renouvellement de la carte d'assurance maladie.*
- *Dans le cadre de la révision et de la simplification de ses communications écrites, la Régie a implanté, en mai 2007, une nouvelle version de cet avis afin de notamment garantir une meilleure protection des renseignements personnels qu'elle détient.*

La compétence

La Régie s'engage à maintenir la compétence de son personnel dans le but d'offrir les meilleurs services aux personnes assurées et aux professionnels de la santé.

À cette fin, les agents affectés aux services directs offerts aux personnes assurées reçoivent une formation poussée au moment de leur embauche. Cette formation peut s'échelonner sur une période de 3 à 5 mois selon le niveau de complexité des tâches. Elle est offerte par une équipe qui se consacre entièrement à cette fin et elle couvre tous les aspects relatifs à l'application des lois, des règlements et des normes en vigueur.

Une fois la formation de base terminée, les nouvelles recrues profitent d'un plan de développement pour les soutenir quotidiennement dans leurs fonctions. Cet accompagnement permet également d'évaluer la maîtrise de leurs compétences.

Par la suite, la Régie offre une formation continue à l'ensemble des agents qui travaillent auprès des personnes assurées. Les formules varient selon la nature du besoin. Parmi celles-ci figurent notamment le rehaussement des connaissances dans le cas d'un retour au travail après une absence prolongée, la formation individualisée, les séances d'information et la formation sur les nouveautés ou lorsque surviennent des événements susceptibles de soulever un intérêt de la clientèle pour être mieux informée.

Des efforts soutenus sont aussi consacrés à la formation des préposés qui sont en relation directe avec les professionnels de la santé. La période de formation de base d'un nouveau préposé s'étend sur 3 mois, à laquelle s'ajoute un apprentissage sur le terrain s'échelonnant sur plusieurs mois. La durée de la formation, dans son ensemble, varie entre 7 et 12 mois. Par la suite, sur une base continue, tous les préposés reçoivent en moyenne 3 heures de formation par semaine pour assurer le maintien à jour de leurs connaissances.

Ainsi, le personnel de la Régie est en mesure :

- de fournir à sa clientèle des renseignements clairs, précis et complets;
- de tenir à jour ses connaissances.

L'indicateur utilisé pour rendre compte de la compétence est le nombre de plaintes reçues des personnes assurées et des professionnels de la santé à ce sujet.

Indicateur	Résultats annuels	
	2006-2007	2007-2008
Nombre de plaintes reçues :		
• personnes assurées	20	26
• professionnels de la santé	0	1

Commentaires

- *Le nombre de plaintes reçues des personnes assurées relativement à la compétence des employés a augmenté, passant de 20 en 2006-2007, à 26, en 2007-2008. Ce nombre doit toutefois être mis en perspective avec le volume[7] de services rendus aux personnes assurées.*
- *Dans 12 cas, la Régie a fourni une mauvaise information au citoyen, a exigé un document inutilement ou a commis une erreur au moment de la saisie des données, notamment lors des changements d'adresse. Dans tous ces cas, des correctifs ont alors été apportés rapidement, à la satisfaction des plaignants. L'analyse des 14 autres plaintes reçues montre qu'elles étaient non fondées, et que les préposés ont agi conformément à la procédure administrative et aux règlements.*
- *En 2007-2008, la Régie n'a reçu qu'une plainte de la part des professionnels de la santé concernant la compétence des employés.*

7 Les principaux volumes de services rendus sont présentés dans les pages liminaires.

La rapidité des services aux personnes assurées

Afin d'offrir des services rapides aux personnes assurées, la Régie s'est engagée :

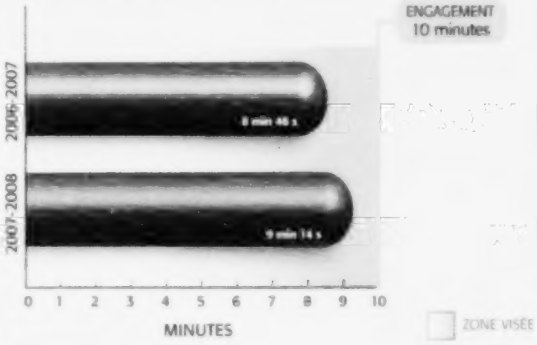
- à rencontrer ces dernières dans un délai moyen de 10 minutes, dans les cas où elles désirent renouveler ou remplacer leur carte d'assurance maladie ou encore aviser la Régie d'un changement d'adresse;
- à les rencontrer dans un délai moyen de 40 minutes pour toute autre demande (première inscription au régime d'assurance maladie, retour au Québec, etc.);
- à répondre aux appels téléphoniques dans un délai moyen de trois minutes;
- à expédier la carte d'assurance maladie dans un délai n'excédant pas 30 jours;
- à inscrire les personnes au régime public d'assurance médicaments dans un délai maximal de 24 heures (en fonction des jours ouvrables);
- à répondre à une demande complète d'autorisation relative à un médicament d'exception dans un délai maximal de 48 heures.

Les indicateurs utilisés pour mesurer la rapidité des services offerts aux personnes assurées sont :

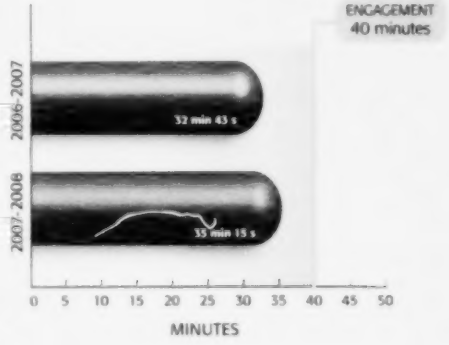
- le délai moyen d'attente à l'accueil;
- le délai moyen d'attente pour parler à un préposé au téléphone;
- le pourcentage de cartes d'assurance maladie expédiées en 30 jours ou moins;
- le pourcentage d'inscriptions au régime public d'assurance médicaments prenant effet en 24 heures ou moins;
- le pourcentage de demandes complètes d'autorisation relatives à un médicament d'exception traitées en 48 heures ou moins;
- le nombre de plaintes reçues en matière de rapidité des services.

Accueil des visiteurs

Délai moyen d'attente des visiteurs à l'accueil pour le renouvellement ou le remplacement de la carte d'assurance maladie et le changement d'adresse



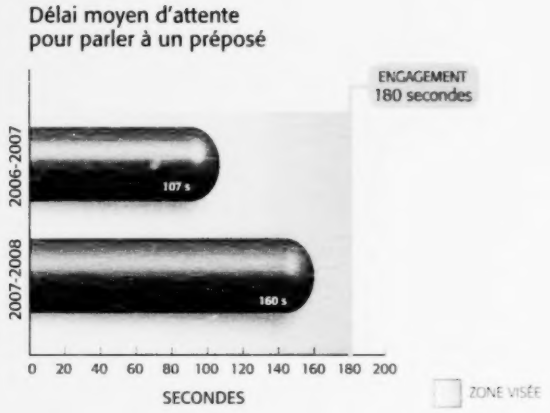
Délai moyen d'attente des visiteurs à l'accueil pour les autres services



Commentaires

- *Le délai moyen d'attente pour les services les plus complexes (comme la détermination de l'admissibilité des nouveaux arrivants et des personnes qui reviennent au Québec) respecte l'engagement, avec un résultat de 35 minutes 15 secondes. Il en va de même pour le délai moyen d'attente pour les services les moins complexes, qui s'élève à 9 minutes 14 secondes.*
- *Les délais moyens d'attente ont quelque peu augmenté comparativement à 2006-2007. Ces écarts s'expliquent principalement par un roulement de l'effectif jumelé aux délais nécessaires pour former les nouveaux employés.*

Services téléphoniques



Commentaire

- *Le délai moyen d'attente enregistré en 2007-2008 (160 s) respecte l'engagement de la Régie. Il s'est toutefois fortement accru comparativement à l'année 2006-2007. Cette augmentation est principalement attribuable au roulement de l'effectif. Pour remédier à la situation, une procédure d'embauche systématique a été mise en œuvre afin d'assurer une relève constante.*

Expédition de la carte d'assurance maladie

Commentaires

- *En 2007-2008, la Régie a délivré plus de 2,1 millions de cartes d'assurance maladie. De ce nombre, 95,5 % ont été expédiées dans un délai n'excédant pas 30 jours.*
- *Quant au délai moyen de délivrance d'une carte, il est passé de 10 jours, en 2006-2007, à 11 jours, en 2007-2008.*
- *Ces résultats sont attribuables à la baisse d'effectifs pouvant être affectés au service direct à la clientèle. Cela a eu pour effet d'augmenter le niveau des inventaires de documents à traiter et, par le fait même, d'allonger quelque peu les délais de production des cartes d'assurance maladie.*

Inscription au régime public d'assurance médicaments

Commentaire

- *L'engagement consistant à inscrire les personnes au régime public d'assurance médicaments dans un délai de 24 heures ou moins a été respecté dans 100 % des cas.*

Demandes d'autorisation relatives à un médicament d'exception

Commentaires

- *La proportion de demandes traitées en 48 heures ou moins en 2007-2008 (82,2 %) est supérieure à celle de 2006-2007 (78,9 %). Il est à noter que la Régie accorde une attention particulière aux demandes d'autorisation de médicaments devant être fournis d'urgence. Ces demandes ont été traitées dans un délai inférieur à 24 heures dans une proportion de 95,9 % (42 984) en 2007-2008, comparativement à une proportion de 95,4 % (35 741) en 2006-2007.*
- *Les mesures d'allègement mises en place au cours des dernières années, y compris la codification de 82 médicaments d'exception depuis le 25 avril 2007, ont contribué au respect du délai prévu pour le traitement de la grande majorité des demandes soumises.*
- *Cette amélioration est d'autant plus remarquable que le nombre de demandes reçues au 31 mars 2008 a augmenté de 25,9 % (293 791) par rapport à celui enregistré à pareille date en 2007 (233 444). Cette augmentation est en partie attribuable à la codification des médicaments d'exception et à la croissance prévue des demandes.*

Nombre de plaintes reçues

Indicateur	Résultats annuels	
	2006-2007	2007-2008
Nombre de plaintes reçues des personnes assurées	269	656

Commentaire

- *Le nombre de plaintes reçues des personnes assurées en rapport avec la rapidité des services a augmenté, passant de 269 en 2006-2007, à 656, en 2007-2008. L'accessibilité téléphonique demeure le principal motif de plainte énoncé. À cet effet, une procédure d'embauche systématique a été mise en œuvre, de même que le déploiement d'autres mesures, afin d'assurer une relève constante.*

La rapidité des services aux professionnels de la santé

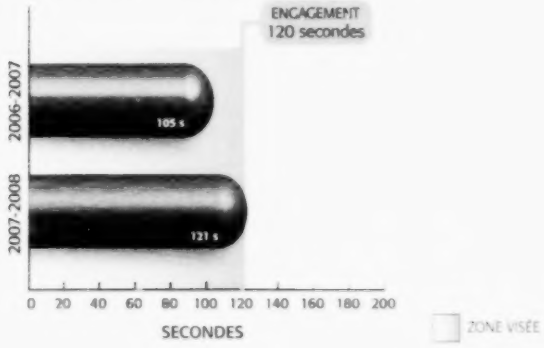
La Régie s'est engagée à offrir des services rapides aux professionnels de la santé. Plus précisément, elle entend :

- veiller à ce que le délai moyen d'attente au Centre d'assistance aux professionnels n'excède pas 120 secondes;
- fournir une assistance téléphonique aux pharmaciens dans un délai moyen de 15 secondes, afin qu'ils puissent régler sur-le-champ les transactions avec les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments.

Les indicateurs utilisés pour mesurer la rapidité des services aux professionnels de la santé sont les délais moyens d'attente pour parler à un préposé du Centre d'assistance aux professionnels et du Centre de support aux pharmaciens, ainsi que le nombre de plaintes reçues.

Services téléphoniques

Délai moyen d'attente au Centre d'assistance aux professionnels

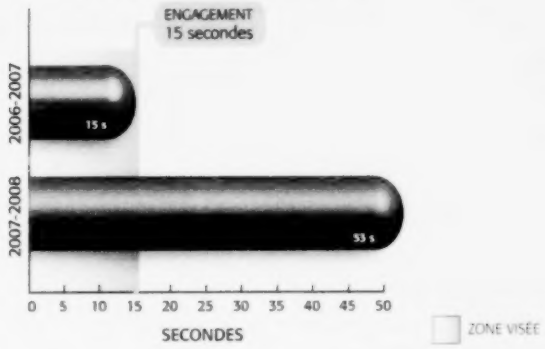


Commentaires

- *Le délai moyen d'attente s'est accru de façon importante comparativement à 2006-2007. La Régie dépasse quelque peu son engagement envers les professionnels de la santé en affichant un délai moyen d'attente de 121 secondes.*
- *Il y a eu une légère diminution du nombre d'appels (80 232) comparativement à celui enregistré en 2006-2007 (81 688). La durée moyenne des appels a toutefois été plus longue, passant de 278 à 284 secondes en 2007-2008.*

Services téléphoniques

Délai moyen d'attente au
Centre de support aux pharmaciens



Commentaires

- *En 2007-2008, le délai moyen d'attente pour fournir une assistance aux pharmaciens s'établit à 53 secondes, comparativement à 15 secondes en 2006-2007.*
- *Cet écart s'explique principalement par des départs massifs de l'effectif du Centre de support aux pharmaciens. En effet, plusieurs employés ont obtenu une promotion et occupent depuis d'autres fonctions au sein de l'organisation. Les délais nécessaires pour embaucher et former les nouveaux employés de même que l'augmentation de plus de 4,8 % des appels ont également eu un impact négatif sur la performance de la Régie. Au 31 mars 2008, la Régie a traité 147 390 appels comparativement à 140 640 en 2006-2007.*

Nombre de plaintes reçues

Indicateur	Résultats annuels	
	2006-2007	2007-2008
Nombre de plaintes reçues des professionnels de la santé	7	0

Commentaire

- *La Régie n'a reçu aucune plainte relativement à la rapidité des services offerts aux professionnels de la santé en 2007-2008.*

Dans une perspective d'amélioration continue

Au-delà des engagements pris par la Régie dans sa déclaration de services aux citoyens, elle s'est parallèlement engagée à améliorer sa prestation de services dans son plan stratégique, tel que le témoigne la première orientation de ce dernier : offrir à sa clientèle des services de qualité, de façon efficace et performante. Dans cette foulée, elle se dotera notamment d'une stratégie de services basée sur la connaissance de sa clientèle et de son environnement externe.

Pour ce faire, 11 groupes de clients ont été consultés dans le cadre de 6 sondages, et les résultats obtenus au cours de l'année 2006-2007 ont permis de mesurer leur appréciation à l'égard de la qualité des services rendus par la Régie. Ils se sont également exprimés sur les aspects du service auxquels ils accordent le plus d'importance.

Les résultats suivants illustrent le niveau de satisfaction des deux principales clientèles de la Régie, soit les personnes assurées et les professionnels de la santé. Une échelle de 1 à 10 a été retenue : plus le score est élevé, meilleure est la performance de la Régie.

La satisfaction moyenne de la clientèle à l'égard des engagements pris par la Régie dans sa déclaration de services aux citoyens

	Résultats[8]			
	Courtoisie	**Confidentialité**	**Compétence**	**Rapidité**
Personnes assurées	9,1	8,7	9,3	8,9
Professionnels de la santé[9]	8,6	8,5	8,3	8,1

Commentaires

- *De manière générale, les personnes assurées semblent plus satisfaites des services rendus par la Régie que les professionnels de la santé.*
- *La compétence et la courtoisie du personnel sont les engagements jugés le plus favorablement par les personnes assurées. Les personnes interrogées ont en effet particulièrement apprécié la politesse dont fait montre le personnel de la Régie. Elles ont également souligné le fait que les employés ont pris le temps de les écouter et de leur fournir des renseignements exacts. Ce dernier aspect leur importe plus que d'obtenir un service rapide qui ne satisfait pas ou qu'en partie leur besoin. Il n'en demeure pas moins que les clients s'attendent que les services de l'organisation soient accessibles et que son personnel puisse leur répondre dans des délais raisonnables.*
- *La confidentialité et la protection des renseignements personnels sont les aspects de la prestation de services jugés les plus importants par les personnes assurées. Les professionnels de la santé accordent, quant à eux, plus d'importance à la compétence du personnel et à la rapidité.*
- *La rapidité et l'accessibilité des services demeurent des dimensions cruciales devant orienter les actions à mettre en place pour améliorer la prestation de services de la Régie auprès des personnes assurées. En ce qui concerne les professionnels de la santé, la documentation qui leur est destinée et les aspects liés à la facturation, soit les contrôles et les demandes de révision, constituent les principaux objets auxquels la Régie doit prêter attention. L'appréciation des clientèles quant aux services rendus par la Régie et l'importance qu'elles attachent aux aspects de ces services sont des éléments qui seront, en effet, considérés dans la démarche d'amélioration continue dans laquelle s'investit l'organisation.*

8. Les scores présentés sont des valeurs moyennes pondérées de satisfaction basées sur les résultats de cinq des six sondages effectués. Ce type de mesure permet d'accorder une valeur juste au calcul des indices de satisfaction établis pour chacun des deux grands groupes de clientèle.

9. Il s'agit des médecins omnipraticiens et des pharmaciens.

LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES

La Régie s'est dotée d'un plan stratégique pour les années 2004 à 2008. Ce plan, le deuxième élaboré en vertu de la Loi sur l'administration publique, propose des objectifs ambitieux qui ont commencé à transformer la Régie et à lui insuffler un nouveau dynamisme.

Les choix stratégiques de la Régie tiennent compte à la fois du contexte présenté précédemment et de sa capacité organisationnelle. La réflexion amorcée à partir de ces diverses considérations contextuelles a amené la Régie à se donner la vision suivante :

> *La Régie de l'assurance maladie du Québec désire, avec le soutien de son personnel, accentuer son rôle de partenaire dans la gestion et l'évolution du système de santé et de services sociaux.*

Témoignant de cette vision, le plan stratégique s'articule autour de trois grandes orientations :

- offrir des services de qualité, de façon efficace et performante;
- contribuer activement à l'évolution du système québécois de santé et de services sociaux;
- faire de la Régie un milieu de travail valorisant, qui favorise les apprentissages et est axé sur la volonté et la satisfaction d'offrir des services de qualité.

À ces orientations stratégiques se greffent 4 axes d'intervention et 11 objectifs par lesquels la Régie définit ses engagements envers la population. Ces objectifs sont dotés de cibles. Des indicateurs de mesure permettent d'ailleurs de constater l'atteinte de celles-ci. C'est avec l'aide de ces repères que les citoyens peuvent apprécier en toute connaissance de cause les résultats atteints par l'organisation.

La Régie a jugé nécessaire de prolonger d'une année la portée de son plan stratégique 2004-2008, avant d'élaborer de nouvelles perspectives de développement. Cette période transitoire lui permettra de poursuivre ses projets structurants et de réévaluer sa capacité organisationnelle, notamment en matière de gestion prévisionnelle de main-d'œuvre et des compétences. L'année 2008-2009 offrira aussi aux nouveaux dirigeants de l'organisation la possibilité de s'impliquer dans la démarche nécessaire à l'élaboration de son prochain plan stratégique. Dès lors, il s'avère important de souligner que des ajustements ont été apportés au plan stratégique 2004-2008. L'atteinte de certaines cibles a été reportée au 31 mars 2009, soit celles relatives à la modernisation des principaux processus de prestation de services de la Régie et celles liées à l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. Ces ajustements ont été approuvés par les membres du comité de régie interne et sont rigoureusement signalés tout au long de ce rapport.

Dans les pages qui suivent, pour chacun des objectifs stratégiques, est colligée l'information pertinente permettant d'expliquer l'atteinte ou non des cibles fixées pour 2007-2008. Un tableau synthèse faisant état du degré de réalisation des objectifs stratégiques clôt cette section.

Les résultats pour 2007-2008

ORIENTATION STRATÉGIQUE	Offrir des services de qualité, de façon efficace et performante
AXE D'INTERVENTION	L'instauration d'une vision organisationnelle des services
Objectif 1.1	D'ici 2008, élaborer une stratégie de services basée sur la connaissance de la clientèle et de l'environnement externe, en vue d'améliorer la prestation de services

La Régie place l'amélioration de la qualité des services au cœur de son plan stratégique. Aussi entend-elle développer une vision globale pour, au besoin, adapter les services qu'elle offre en s'appuyant sur la connaissance et la compréhension des attentes de ses différentes clientèles.

La Régie a adopté un cadre de référence qui précise la démarche qu'elle entend suivre pour se doter d'une stratégie visant à ce que la prestation de services évolue selon les attentes et les besoins de ses différentes clientèles. Dans ce contexte, une vaste opération de sondages a été amorcée en 2006-2007 afin de mesurer les attentes et la satisfaction des groupes de clients ciblés à l'égard des services rendus par la Régie.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Stratégie de services approuvée par la haute direction et partagée avec le personnel	Le 31 mars 2005*	s. o.	s. o.
Nombre de groupes de clients ciblés dont les attentes sont connues, et la satisfaction à l'égard des services mesurée	16	3	0 (11 au total)

* Cible atteinte. Cadre de référence approuvé par les membres du comité de régie interne en 2005-2006.

Commentaires

- *En 2007-2008, la Régie a poursuivi son appropriation des résultats des six sondages réalisés en 2006-2007 auprès de 11 groupes de clients sur les 16 qu'elle avait initialement ciblés, en vue d'élaborer sa stratégie de services à la clientèle. Celle-ci présentera sommairement les grandes constatations découlant des sondages et précisera les orientations et priorités d'action retenues en matière d'amélioration de services. Elle contiendra également les principales approches de collecte d'information et de suivi pour l'année en cours et les prochains exercices financiers. Les projets d'amélioration des services, découlant de l'analyse des résultats des sondages, y seront enfin intégrés. Ils seront consignés dans un plan organisationnel d'amélioration des services qui sera actualisé chaque année.*
- *La Régie n'a pas sondé les trois groupes de clients qu'elle avait ciblés pour 2007-2008, mais elle maintient toujours ce projet. Il est à noter que pour les six sondages réalisés, elle a reçu les trois premiers rapports d'analyse à la fin de l'exercice 2006-2007 et les trois derniers en juin 2007. Elle a donc choisi de procéder, tel qu'il a été annoncé précédemment, à une exploitation plus approfondie des résultats des sondages puisqu'ils sont significatifs et couvrent une très large proportion de ses clientèles. Les sondages réalisés ont généré un volume important d'information sur les préférences, les attentes, les valeurs et l'appréciation des clientèles sondées à l'égard de la qualité des services rendus par l'organisation.*

Objectif 1.2 D'ici 2005, actualiser la stratégie de développement des services en ligne de la Régie en tenant compte des orientations gouvernementales

Le développement accéléré de nouvelles technologies, la demande croissante de la population pour des produits et des services accessibles par Internet, ainsi que la possibilité de rendre plus efficaces et moins coûteuses les relations entre l'Administration et les citoyens sont autant de facteurs qui concourent à la mise en place d'un gouvernement en ligne. La Régie s'inscrit d'emblée dans la foulée de cet objectif gouvernemental.

En effet, la Régie compte poursuivre ses efforts pour moderniser la prestation de ses services en misant notamment sur le développement des services en ligne. Le plan de développement des services en ligne adopté en 2005-2006 confirme sa volonté de répondre aux besoins des citoyens qui souhaitent transiger avec elle par voie électronique en leur offrant une plus grande autonomie et des services de qualité accessibles en tout temps.

Ce plan, utilisé comme indicateur de résultat, renvoie à un plan macroscopique. Celui-ci précise la démarche qu'entend suivre la Régie. Il détermine également l'ensemble des services qu'elle doit développer pour tenir compte des orientations gouvernementales et de celles du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Plan de développement approuvé pour l'ensemble des services de la Régie qui peuvent être mis en ligne	Le 31 mars 2005*	s. o.	s. o.

* Cible atteinte : Plan de développement approuvé par les membres du comité de régie interne en 2005-2006.

AXE D'INTERVENTION La modernisation de la prestation de services

Objectif 1.3 Dès 2004, entreprendre la modernisation des principaux processus de prestation de services de la Régie, en vue de les simplifier et d'en améliorer l'efficience et les contrôles

Établis il y a plusieurs années, les principaux processus de prestation de services de la Régie ont été revus en profondeur afin d'être modernisés et simplifiés de façon qu'ils soient plus performants mais aussi dotés de meilleurs contrôles.

Dans cet ordre d'idées, mentionnons que les ententes négociées avec les professionnels de la santé sont devenues, au fil du temps, de plus en plus complexes, et que le rythme des changements s'est accentué. Le processus qui soutient la gestion de l'application des ententes a été amélioré pour s'adapter à cette réalité. Les modifications apportées aux systèmes informatiques ont permis l'automatisation de la correction des demandes de paiement contenant une erreur. La mise en œuvre du plan de redressement du fichier des demandes de paiement contenant une erreur et en attente de règlement a, en effet, permis de freiner la hausse du niveau de l'inventaire de ce fichier.

Quant à lui, le processus de rémunération de trois groupes de clients, soit les médecins, les optométristes et les dentistes, est presque totalement modernisé. La Régie a ainsi simplifié ses échanges avec ces professionnels de la santé au sujet de leur rémunération et s'est dotée d'un processus mieux adapté à la complexité et au rythme accéléré des changements des ententes.

Par ailleurs, la Régie poursuit la révision des processus qui soutiennent la détermination de l'admissibilité et l'inscription à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments, ainsi que ceux portant sur les programmes d'aides techniques. En effet, au fil des ans, le volume d'activités a considérablement augmenté, et plusieurs opérations se sont complexifiées, notamment depuis la mise sur pied du régime public d'assurance médicaments en 1997. En outre, les outils technologiques déjà en place ont atteint leurs limites, et les processus actuels ne favorisent pas toujours le virage vers une plus grande offre de services en ligne. Voilà autant de bonnes raisons pour poursuivre la révision complète de ces processus.

Des efforts ont également été consacrés à la consolidation du registre de personnes assurées afin d'améliorer sa convivialité, et de garantir sa pérennité et son intégrité. Les processus de prestation de services sont soutenus par ce registre, l'une des banques de données les plus complètes sur la population québécoise, qui constitue l'outil de travail quotidien de tous les préposés.

Les indicateurs mesurant l'atteinte de cet objectif stratégique ont trait au degré d'avancement des travaux de modernisation des processus présentés précédemment. Il est toutefois à noter que la planification des travaux visant à moderniser les processus qui soutiennent la détermination de l'admissibilité et l'inscription à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments, ainsi que ceux portant sur les programmes d'aides techniques, a été revue : certaines étapes ont été retirées de la planification initiale ou reportées en 2008-2009 au regard des projets jugés les plus prioritaires pour la poursuite des travaux.

Enfin, un autre indicateur est associé à cet objectif stratégique. Il s'agit du registre de personnes assurées, qui renvoie à un niveau d'inventaire de demandes de changement permettant d'établir le degré de consolidation de ce registre.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Modalités d'application des ententes de rémunération révisées	Le 31 mars 2006* (100 % du projet)	s. o.	s. o.
Processus de rémunération des professionnels de la santé modernisé pour trois groupes de clients	Le 31 mars 2009 (100 % du projet)	s. o.	s. o. (95 % au total)
Plans de modernisation approuvés pour les processus en admissibilité à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments, et les programmes d'aides techniques	Le 31 mars 2006** (100 % du projet)	s. o.	s. o.
Degré d'avancement de la modernisation des processus en admissibilité à l'assurance maladie et médicaments, et des programmes d'aides techniques :			
• Documentation en ligne	Le 31 mars 2009 (100 % du projet)	75 %	50 % (50 % au total)
• Architecture d'affaires cible		100 %	100 %
• Architecture du projet d'aides techniques		20 %	20 % (60 au total)
Registre des personnes assurées consolidé	Le 31 mars 2006*** (75 demandes en inventaire)	s. o.	s. o.

* Cible atteinte : Révision et modernisation du processus Modalités d'application des ententes de rémunération en 2006-2007.

** Cible atteinte : Plans de modernisation approuvés par les membres du comité de régie interne en 2005-2006.

*** Cible presque atteinte : Niveau de l'inventaire réduit à 98 demandes en 2005-2006 alors que la cible fixée visait une réduction du niveau de l'inventaire à 75 demandes.

Commentaires

La modernisation des processus de rémunération des professionnels de la santé

La Régie a choisi d'opter pour le développement d'une solution permanente plutôt que temporaire pour régler les déficiences de son système informatique soutenant la rémunération des professionnels de la santé. De ce fait, plusieurs changements ont dû être apportés au projet initial.

Dès lors et tel qu'il a été annoncé dans le rapport annuel de gestion 2006-2007, une nouvelle cible a été établie pour cet indicateur à la suite de la décision prise par la Régie de prolonger d'une année la portée de son plan stratégique 2004-2008. L'achèvement des activités d'implantation et de gestion du changement est donc reporté au 31 mars 2009.

L'implantation des nouveaux processus pour les personnes assurées

La mise en œuvre des plans de modernisation des processus de détermination de l'admissibilité à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments ainsi que ceux concernant les programmes d'aides techniques s'est poursuivie en 2007-2008. À ce sujet, la Régie a retenu trois grands projets en vue de simplifier et d'améliorer sa prestation de services : la documentation en ligne, l'architecture d'affaires cible et l'architecture du projet d'aides techniques. Certaines étapes ont été retirées de la planification initiale au cours de l'année.

- *Au 31 mars 2008, la cible a été atteinte en partie :*
  - *Les travaux relatifs au projet de documentation en ligne ont été réalisés en partie. Les démarches entreprises pour choisir l'outil technologique nécessaire au développement d'un portail Web et à la poursuite des travaux n'ont pu être terminées. La réalisation de ce projet facilitera les échanges entre les personnes assurées et la Régie, en plus d'éclairer sa prise de décision relativement à l'admissibilité de celles-ci aux régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments. En effet, la documentation en ligne fournira à l'organisation une information plus accessible et mieux structurée.*
  - *La nouvelle cible visée pour les travaux d'architecture d'affaires cible a été atteinte. La réalisation de ce projet a permis de définir l'architecture des processus qui encadreront les nouvelles pratiques de gestion relatives à l'admissibilité en matière d'assurance maladie et d'assurance médicaments.*
  - *La cible visée relativement à la gestion des programmes d'aides techniques a également été atteinte. La phase d'architecture a été amorcée, une équipe a été mise en place et des solutions administratives ont été implantées en vue d'améliorer la gestion de ces programmes.*

Objectif 1.4 D'ici 2008, offrir cinq services en ligne aux personnes assurées, entre autres pour l'inscription à l'assurance médicaments

Tout en continuant d'améliorer les modes d'accès traditionnels aux services qu'elle offre à la population (téléphone, courrier et service au comptoir), la Régie accentue le développement des services en ligne afin de répondre aux attentes d'une partie de la population qui souhaite transiger avec elle par voie électronique. Dans cette perspective, la Régie entendait mettre en ligne au moins cinq services s'adressant aux personnes assurées.

L'indicateur mesurant l'atteinte de cet objectif stratégique est le nombre de services mis en ligne. L'expression *service en ligne* désigne un service offert par la Régie, auquel une personne physique peut avoir accès à distance par voie électronique.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Nombre de services mis en ligne	5 au 31 mars 2008	s. o.	1 (6 au total)

Commentaires

- *La cible pluriannuelle a été atteinte, voire dépassée, avec la mise en ligne d'un nouveau service.*
- *Entre les études et le premier emploi, seuls ou en couple, les jeunes adultes ont une situation de vie qui fluctue et évolue rapidement. Cette réalité complexifie le suivi que doit assurer la Régie en matière d'admissibilité au régime général d'assurance médicaments. Pour y remédier, plusieurs mesures ont été prévues, dont l'élaboration d'un nouveau formulaire accessible par voie électronique depuis l'automne 2007.*
- *Ce service en ligne permet aux étudiants âgés de 18 à 25 ans inclusivement de mettre à jour les renseignements les concernant en vue de déterminer leur admissibilité au régime public d'assurance médicaments.*

Objectif 1.5

D'ici 2008, mettre en ligne 15 autres services pour les professionnels de la santé, notamment pour la consultation et la mise à jour de leur dossier d'admissibilité et de facturation ainsi que pour l'autorisation préalable de médicaments d'exception

Au cours des dernières années, la Régie a conçu des services en ligne pour les professionnels de la santé. Ils ont permis de réduire les délais de traitement, d'alléger les formalités administratives, de prévenir les erreurs de saisie et, par le fait même, de satisfaire plus efficacement les besoins des professionnels de la santé et ceux des agences qui les soutiennent dans leur démarche de facturation.

Il est prévu que tous les services soient accessibles par l'entremise d'un extranet sécurisé et exclusivement réservé à une clientèle désignée, de sorte que l'utilisateur doit posséder une autorisation pour y accéder. Un centre d'appels a même été conçu spécialement pour les utilisateurs de services en ligne.

L'indicateur rendant compte de l'atteinte de cet objectif stratégique est le nombre de services mis en ligne.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Nombre de services mis en ligne	15 au 31 mars 2008	3	3 (15 au total)

Commentaires

- *La cible pluriannuelle a été atteinte avec la mise en ligne de trois nouveaux services s'adressant aux professionnels de la santé en 2007-2008, soit le choix du mode de réception de la correspondance, les avis de dépannage et la gestion des groupes de pratique.*

Choix du mode de réception de la correspondance

Ce service offre aux professionnels de la santé inscrits aux services en ligne la possibilité de choisir le mode de réception, par courrier ou par voie électronique, selon le type de correspondance.

Il y a plusieurs types de correspondance : celle liée à la pratique (renseignements sur le professionnel, facturation, lieu de pratique, avantages sociaux), celle relative à la gestion (privilèges, contrats, ententes particulières et accords, activités médicales particulières et plans régionaux d'effectifs médicaux) et celle regroupant des renseignements plus généraux (communiqués et bulletins Nouveautés*).*

Transmission d'avis de dépannage

Ce service permet au ministère de la Santé et des Services sociaux de transmettre des avis de dépannage à la Régie par voie électronique. Ces avis autorisent un professionnel de la santé à exercer, pendant une courte période, dans une région pour subvenir à la pénurie d'effectifs. Ce service permet également à la Régie de traiter efficacement ces avis grâce à l'ajout de tables de validation dans son système. Celles-ci réduisent les erreurs pouvant survenir lors de la saisie des renseignements contenus dans ces avis, tels que le numéro d'un professionnel de la santé ou celui d'un établissement, le mode de rémunération, l'entente visée.

Quatre types d'activités sont ciblés par ce service : les soins prodigués en centre hospitalier de courte durée, à l'urgence, en anesthésie et en obstétrique.

Gestion des groupes de pratique

Dans le cadre de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, un nouveau service a été mis en ligne. Il permet de créer des groupes de pratique et de les modifier au besoin afin d'assurer le partage, entre plusieurs médecins, des suppléments monétaires nécessaires à la prise en charge et au suivi d'un client vulnérable.

Objectif 1.6 D'ici 2009, améliorer les communications avec les clientèles et l'information qui leur est fournie

La Régie administre des régimes et des programmes complexes qui tiennent compte d'un très grand nombre de situations d'exception. Dans cette perspective, elle tente d'informer au mieux la population de ses droits et obligations.

Cependant, les communications ne sont pas toujours aussi ciblées et adaptées aux besoins particuliers des différentes clientèles que la Régie le voudrait. Dans le souci de mieux les servir, elle poursuit donc la simplification de ses communications écrites destinées aux personnes assurées afin qu'elles soient en mesure de bien comprendre les services auxquels elles ont droit ou la décision dont elles font l'objet.

Le premier indicateur retenu pour rendre compte de cet objectif stratégique est la proportion des communications écrites qui a été révisée et simplifiée. Le deuxième indicateur mesure l'état d'avancement des travaux de refonte du site Internet s'adressant aux professionnels de la santé. Enfin, le troisième indicateur est le pourcentage de la correspondance transmise par courrier électronique sécurisé aux professionnels de la santé inscrits aux services en ligne.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Pourcentage des communications écrites destinées aux personnes assurées qui ont été révisées et simplifiées	100 % au 31 mars 2008	40 %	19 % (79 % au total)
Refonte du site Internet s'adressant aux professionnels de la santé	Le 31 mars 2009	s. o.	s. o. (22 % au total)
Pourcentage de la correspondance transmise par courrier électronique sécurisé aux professionnels de la santé inscrits aux services en ligne	100 % au 31 mars 2008	67 %	17 % (50 % au total)

Commentaires

La révision et la simplification des communications écrites destinées aux personnes assurées

- *La cible résiduelle de 40 % n'a pas été atteinte. Au total, 593 documents (lettres et formulaires) ont été révisés en 2007-2008, soit 19 % de l'ensemble des documents visés.*
- *Au cours des quatre dernières années, il n'en demeure pas moins que la Régie est parvenue à réviser et simplifier près de 80 % de ses communications écrites au bénéfice des personnes assurées. Plusieurs raisons ont fait en sorte qu'elle n'a pas pu respecter son engagement. La révision de certains documents a dû être reportée afin de s'arrimer aux travaux de la modernisation des programmes d'aides techniques. Il a également été jugé préférable de ne pas réviser ni simplifier, en 2007-2008, le contenu de certains dépliants puisque des changements importants sont prévus.*

La refonte de la section du site Internet s'adressant aux professionnels de la santé

À l'été 2006, dans la perspective d'améliorer sa prestation de services et d'y parvenir à moindres coûts, la Régie a jugé approprié d'analyser la possibilité de travailler de concert avec le Centre de services partagés du Québec pour réaliser la refonte de la section de son site Internet s'adressant aux professionnels de la santé. Les réflexions engendrées par ce partenariat ont conduit la Régie à revoir la planification de ses travaux.

- *Dès lors et tel qu'il a été annoncé dans le rapport annuel de gestion 2006-2007, une nouvelle cible a été établie pour cet indicateur à la suite de la décision prise par la Régie de prolonger d'une année la portée de son plan stratégique 2004-2008. Conséquemment, l'achèvement des travaux est reporté au 31 mars 2009.*
- *La refonte permettra l'amélioration du service à la clientèle professionnelle. En effet, les services traditionnels tels que le téléphone et le courrier seront de moins en moins utilisés au fur et à mesure que la voie électronique gagnera en importance, favorisant ainsi une plus grande accessibilité à l'information pour cette clientèle.*

La correspondance transmise par courrier électronique sécurisé

- *La cible annuelle n'a pas été atteinte. L'avancement des travaux a uniquement permis à la Régie de transmettre par courrier électronique sécurisé aux professionnels de la santé inscrits aux services en ligne la correspondance relative aux demandes de médicaments d'exception.*
- *Au 31 mars 2008, la Régie transmettait par courrier électronique sécurisé aux professionnels de la santé inscrits aux services en ligne 50 % de la correspondance visée dans sa planification initiale : les communiqués, la correspondance relative à l'inscription et à l'admissibilité des professionnels de la santé et celle portant sur les médicaments d'exception. Le reste de la correspondance visée sera transmise par voie électronique cet automne.*

Objectif 1.7 D'ici 2005, établir une approche de gestion des risques permettant d'adapter les mesures de contrôle nécessaires à une bonne gestion des programmes

Dans un souci de performance, la Régie s'est toujours préoccupée d'exercer un bon contrôle de ses activités. Elle souhaite poursuivre dans cette voie en intégrant davantage l'évaluation des risques dans sa gestion des services à la clientèle.

En 2004-2005, la Régie a conçu une approche de gestion des risques permettant, d'une part, d'établir formellement les risques de l'organisation et, d'autre part, de soutenir les efforts de modernisation de ses principaux processus de prestation de services. Cette dernière approche a été présentée aux autorités de la Régie afin qu'elle devienne un véritable outil organisationnel de gestion qui favorise la considération des risques dans la prise de décision. Tous les processus modernisés feront systématiquement l'objet d'une analyse de risques selon l'approche retenue. Cette façon de faire permettra notamment de mieux cibler les moyens de contrôle à mettre en place.

Depuis 2005-2006, l'indicateur rendant compte de l'atteinte de cet objectif est le nombre de processus modernisés ayant fait l'objet d'une analyse de risques.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Approche de gestion des risques établie et partagée par l'ensemble des gestionnaires	Le 31 mars 2005*	s. o.	s. o.
Pourcentage des processus modernisés ayant fait l'objet d'une analyse de risques	4 au 31 mars 2009	1	1 (1 au total)

* Cible atteinte : Approche de gestion des risques approuvée par le comité de régie interne et diffusée auprès des gestionnaires en 2004-2005.

Commentaires

- *Une analyse de risques a été élaborée pour le processus modernisé portant sur la révision des modalités d'application des ententes de rémunération.*
- *La modernisation des trois autres processus, soit la rémunération des professionnels de la santé, l'admissibilité à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments, et la gestion des programmes d'aides techniques est reportée au 31 mars 2009 ou au-delà de cette période. Conséquemment, ce n'est que lorsque la modernisation de ces processus sera suffisamment avancée que pourront être effectuées les analyses de risques selon l'approche retenue par les autorités de la Régie en 2004-2005.*

ORIENTATION STRATÉGIQUE	Contribuer activement à l'évolution du système québécois de santé et de services sociaux
AXE D'INTERVENTION	La mise à profit de l'expertise et de l'information détenues par la Régie
Objectif 2.1	Contribuer à l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux

Le 30 novembre 2005, la sanction du projet de loi nº 83 [10] modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives donnait le feu vert à l'informatisation du réseau. Cette loi vise, entre autres, à faciliter la circulation des renseignements contenus dans le dossier d'un usager, notamment en permettant la constitution d'un dossier de santé électronique « partagé » et en assignant un numéro d'identification unique et anonyme à chaque usager du réseau.

Ce dossier comprendra des renseignements sur la médication, les allergies et intolérances, les vaccins, les résultats d'examens de laboratoire ou d'imagerie médicale, ainsi que toute autre information utile en situation d'urgence. Son contenu sera conservé dans des services régionaux de conservation, sauf les renseignements sur les médicaments, qui seront conservés à la Régie. Pour accéder au dossier, les professionnels et les autres intervenants de la santé devront préalablement s'authentifier.

Le registre des usagers deviendra le moyen d'identification normalisé dans tout le réseau, tant pour les établissements publics que pour les organisations privées. Ainsi, lorsque le projet sera terminé, l'identité des personnes qui se présenteront dans le réseau pourra être vérifiée en ligne, de même que leur admissibilité aux régimes et aux programmes administrés par la Régie. Il lui deviendra également possible de soutenir les établissements dans la mise à jour de leurs fichiers de patients, couramment appelés les *index patients*.

Aux conditions prévues par la loi, la Régie constituera aussi le profil pharmacologique des personnes assurées peu importe qu'elles soient couvertes par le régime public ou par un régime privé. De plus, elle mettra en place un service de prescription électronique afin que les prescripteurs ayant accès à l'information partagée puissent formuler leurs ordonnances par voie électronique s'ils le désirent.

La Régie a également la responsabilité de mettre en place les services de répertoire permettant de vérifier la validité des certificats numériques délivrés aux intervenants.

Par ailleurs, l'organisation s'est vu confier la responsabilité d'un service de localisation grâce auquel, par exemple, un médecin pourra savoir dans quels services régionaux sont conservés des renseignements sur une personne donnée. Depuis 2007-2008, elle se charge aussi du registre des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux visant à établir l'identification unique de ces intervenants et à soutenir ainsi, notamment, la planification, l'organisation et la prestation de services en matière de santé et de services sociaux. La Régie a d'ailleurs amorcé l'élaboration de ce registre.

Les dispositions du projet de loi nº 83 [11], sanctionné à l'automne 2005, ont balisé la contribution de la Régie au projet d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. Il a donc été possible de déterminer les indicateurs qui permettent de couvrir les différentes facettes de cette contribution. Depuis l'amorce des travaux de ce grand projet, la planification initiale a été revue. C'est pourquoi l'atteinte des cibles de ces indicateurs a été reportée au 31 mars 2009.

10. L.Q., 2005, chapitre 32.
11. L.Q., 2005, chapitre 32.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Pourcentage des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui ont ratifié une entente de communication de renseignements avec la Régie	100 % au 31 mars 2008	75 %	10 % (28 % au total)

Commentaires

La Régie poursuit la réalisation des projets amorcés en 2005-2006, soit le ***Services québécois d'information sur les médicaments*** *et le* ***Registre des usagers****. En ce qui concerne ce dernier, la Régie a conclu des ententes de communication de renseignements avec plusieurs établissements pour les soutenir dans la mise à jour massive des données sur l'identité contenues dans leurs index patients locaux.*

- *La cible visée n'a pas été atteinte : 28 établissements (10 %) ont signé une entente de communication de renseignements avec la Régie en 2007-2008 pour un total de 84 établissements depuis le déploiement de ce projet. Les établissements visés sont ceux au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui détiennent un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux.*
- *La Régie a certes développé les outils nécessaires pour soutenir les établissements dans la mise à jour massive de leurs index patients locaux, mais elle n'a pas de pouvoir sur le fait qu'ils ratifient ou non des ententes de communication de renseignements avec elle. En d'autres mots, force est de constater que l'organisation n'a pas de contrôle sur l'atteinte de la cible de cet indicateur. Malgré cette réalité, la Régie offrira son soutien à tous les établissements qui souhaiteront ratifier une entente de communication de renseignements avec elle.*

Objectif 2.2 D'ici 2008, améliorer l'accessibilité à l'information statistique et accroître l'offre d'expertise aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux

La Régie est fière de mettre à la disposition des chercheurs et des acteurs du domaine de la santé et des services sociaux des données utiles à la recherche et à la prise de décision. En effet, depuis plusieurs années, elle publie des statistiques concernant la prestation et la consommation des services offerts aux personnes assurées. Toutefois, l'information n'était publiée que plusieurs mois après la fin de l'année. Il n'en demeure pas moins que ces données sont très utilisées pour soutenir les travaux dans des domaines aussi variés que la gestion des effectifs médicaux, le suivi et l'évolution des ententes de rémunération, l'évaluation des programmes et la recherche permettant notamment d'orienter l'évolution du système de santé. Afin de favoriser une accessibilité accrue à l'information qu'elle détient, la Régie a entrepris de faire prendre le virage Web à ses activités de diffusion de l'information statistique. Elle a d'ailleurs terminé la refonte de la section de son site Internet portant sur les rapports d'études et les statistiques.

La Régie veut également contribuer activement au suivi des ententes de rémunération des professionnels de la santé afin d'être en mesure de suggérer des améliorations pour en faciliter la gestion, dépister rapidement les grandes tendances qui se dessinent et proposer promptement des moyens d'atteindre les objectifs ministériels. Pour ce faire, elle entend participer à toutes les rencontres d'échange prévues dans le cadre du suivi continu de l'application des ententes de rémunération. C'est pendant les rencontres des comités techniques et des tables de négociation que la Régie joue son rôle conseil, soit en assurant un suivi des mesures déjà en application et en orientant l'élaboration de nouvelles mesures dans les ententes.

Le dernier indicateur retenu pour mesurer l'atteinte de cet objectif stratégique est le nombre de propositions que la Régie a faites aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux concernant l'évaluation de la qualité ou le recyclage des aides techniques fournies aux personnes ayant une déficience physique. Son expertise contribue à guider les partenaires dans la recherche de solutions pour optimiser l'utilisation des appareils payés par l'État.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Refonte réalisée de la section du site Internet portant sur les rapports d'études et les statistiques	Le 31 mars 2008*	s. o.	s. o.
Pourcentage de participation aux rencontres d'échange prévues dans le cadre du suivi continu de l'application des ententes de rémunération	100 % des rencontres prévues	100 % des rencontres prévues	100 % des rencontres prévues
Nombre de propositions concernant l'évaluation de la qualité ou le recyclage d'aides techniques	8 au 31 mars 2008	2	2 (8 au total)

* Cible atteinte : La refonte de la section du site Internet portant sur les rapports d'études et les statistiques a été terminée en 2006-2007.

Commentaires

La participation aux rencontres d'échange prévues dans le cadre du suivi continu de l'application des ententes de rémunération

Pour faire valoir son expertise dans le cadre du suivi continu de l'application des ententes, la Régie mise sur sa participation à toutes les rencontres prévues à cet effet avec les différents groupes de professionnels de la santé (Fédération des médecins spécialistes du Québec, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Association des pharmaciens propriétaires du Québec, Association des chirurgiens dentistes du Québec et Association professionnelle des optométristes du Québec).

- *En 2007-2008, des représentants de la Régie ont participé à toutes les rencontres d'échange prévues dans le cadre du suivi de l'application des ententes de rémunération, soit 145 au total. Cette performance a permis d'atteindre la cible pluriannuelle prévue.*

L'évaluation de la qualité ou du recyclage d'aides techniques

La Régie s'était engagée, en 2007-2008, à faire deux propositions aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux concernant l'évaluation de la qualité ou le recyclage des aides techniques fournies aux personnes ayant une déficience physique. Elle a tenu parole, ce qui lui a permis d'atteindre sa cible pluriannuelle et de guider les partenaires dans la recherche de solutions pour optimiser l'utilisation des appareils payés par l'État.

- *En réponse au besoin du ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie a coordonné les travaux du sous-comité sur la valorisation mis en place dans le cadre de la révision du Programme d'appareils suppléant à une déficience physique. La valorisation consiste à donner une deuxième vie à certaines aides techniques attribuées aux personnes assurées en les récupérant et en les remettant en état afin de les réattribuer.*
- *La Régie offre une expertise-conseil concernant le recyclage des fauteuils roulants excédentaires lui appartenant afin qu'ils puissent être offerts aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, en 2007-2008, 94 contrats ont été signés avec ces établissements pour la vente de 396 fauteuils.*

ORIENTATION STRATÉGIQUE	Faire de la Régie un milieu de travail valorisant, qui favorise les apprentissages et est axé sur la volonté et la satisfaction d'offrir des services de qualité
AXE D'INTERVENTION	Le développement de la compétence du personnel
Objectif 3.1	Dès 2004, axer le développement des compétences des gestionnaires sur la gestion des personnes

Les autorités de la Régie considèrent que le développement du personnel doit être traité comme une fonction de gestion à part entière. Pour ce faire, il est nécessaire que tous les gestionnaires s'assurent d'investir dans leur propre formation en matière de gestion des personnes, notamment pour être en mesure de favoriser le développement du personnel dont ils ont la responsabilité.

Pour devenir de meilleurs gestionnaires de personnes, les cadres doivent évaluer leurs forces et leurs faiblesses en cette matière. Dans cette perspective, chacun d'eux est appelé à élaborer un plan personnalisé de développement basé sur son profil personnel de compétences en gestion des personnes. Ce plan lui permettra d'améliorer la qualité de sa gestion. En outre, les gestionnaires sont encouragés à obtenir une rétroaction de la part de leurs employés grâce aux moyens prévus à cet effet, puisqu'elle constitue une source importante d'information sur les pratiques de gestion.

L'indicateur rendant compte de l'atteinte de cet objectif stratégique est le pourcentage des gestionnaires détenant un plan personnalisé de développement basé sur leur profil personnel de compétences en gestion des personnes. L'autre indicateur prévu dans le plan stratégique est le pourcentage des gestionnaires ayant obtenu une rétroaction de leurs employés sur la gestion de leur personnel.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Pourcentage des gestionnaires ayant un plan personnalisé de développement basé sur leur profil personnel de compétences en gestion des personnes	100 % au 31 mars 2008	42 %	38 % (96 % au total)
Pourcentage des gestionnaires ayant obtenu une rétroaction de leurs employés sur leur gestion du personnel	75 % au 31 mars 2008	24 %	22 % (74 % au total)

Commentaires

Le pourcentage des gestionnaires dotés d'un plan personnalisé de développement

- *Depuis le 31 mars 2008, presque tous les gestionnaires visés (96 %) aux fins de cet indicateur ont un plan personnalisé de développement basé sur leur profil personnel de compétences en gestion des personnes : 38 % des gestionnaires (29 gestionnaires) en ont élaboré un en 2007-2008 alors que la cible résiduelle était de 42 %.*

Le pourcentage des gestionnaires ayant obtenu une rétroaction

Un outil de collecte d'information a été proposé aux gestionnaires pour leur permettre de recueillir la rétroaction de leurs employés. Cet outil a été adapté aux besoins de la Régie par l'École nationale d'administration publique et il est géré par celle-ci. La rétroaction permet aux gestionnaires de faire le point sur leurs compétences en matière de gestion de la complexité et du changement, sur la communication et la négociation, sur la gestion de soi et l'authenticité, sur le leadership mobilisant, sur la gestion des contributions individuelles, sur la gestion de la performance d'équipe et sur la gestion des compétences.

- *Au 31 mars 2008, 74 % des gestionnaires (56 gestionnaires) de la Régie ont obtenu une rétroaction de la part de leurs employés alors que la cible pluriannuelle visée était de 75 %. Il appert donc que la Régie a honoré son engagement considérant ce très mince écart. L'atteinte de la cible fixée pour l'exercice financier 2007-2008 a contribué à cette performance.*

Objectif 3.2

Assurer le développement des compétences du personnel en favorisant la mobilité et en mettant en place, à compter de 2005, des programmes de formation destinés à soutenir les changements organisationnels

Dans un environnement en profonde transformation, le développement continu des compétences du personnel constitue un défi stratégique de taille pour assurer à toute organisation la capacité de s'adapter au changement. Consciente de ce défi, la Régie entend favoriser l'instauration d'une véritable culture d'apprentissage, où les personnes trouveront leur valorisation dans le maintien et la croissance de leurs compétences professionnelles.

À cette fin, la Régie poursuit le développement des programmes de formation prévus pour chaque processus modernisé. Elle continue également de s'investir dans des projets favorisant la mobilité professionnelle du personnel en mettant en place des conditions favorables pour l'inciter à participer à diverses activités de formation.

Les indicateurs retenus pour mesurer l'atteinte de cet objectif stratégique sont le nombre de programmes de formation mis en place pour chaque processus modernisé et le pourcentage des employés réguliers ayant participé à au moins une formation favorisant la mobilité au cours de l'année.

Indicateur	Cible 2004-2009	2007-2008	
		Cible	Résultat
Nombre de programmes de formation mis en place pour chaque processus modernisé	2 au 31 mars 2009	1	1 (1 au total)
Pourcentage annuel des employés réguliers ayant participé à au moins une formation favorisant la mobilité	15 % annuellement	15 %	17 %

Commentaires

Les programmes de formation mis en place pour chaque processus modernisé

- *La Régie a terminé sa révision des modalités d'application des ententes de rémunération des professionnels de la santé. Dans le but de permettre au personnel déjà en poste ainsi qu'aux nouveaux employés d'acquérir les connaissances et de développer les habiletés voulues pour comprendre et exercer leur nouveau rôle dans l'application des ententes, elle a élaboré un programme de formation. La deuxième et dernière phase de ce programme a été déployée en 2007-2008.*
- *Le degré d'avancement des travaux des trois autres processus à moderniser (l'admissibilité à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments, la gestion des programmes d'aides techniques et la rémunération des professionnels de la santé) n'a pas justifié que soient mis en place, cette année, les programmes de formation prévus initialement. Comme annoncé dans le rapport annuel de gestion 2006-2007, de nouvelles cibles ont en effet été établies pour ces indicateurs à la suite de la décision prise par la Régie de prolonger d'une année la portée de son plan stratégique 2004-2008.*

La formation favorisant la mobilité

- *La Régie a dépassé la cible qu'elle s'était fixée en cette matière : 17 % des employés réguliers ont participé à au moins une activité de formation favorisant leur polyvalence et leur mobilité. Parmi ces activités, mentionnons la préparation générale à des concours et la formation des chefs d'équipe.*

Degré de réalisation des objectifs stratégiques au 31 mars 2008

Objectif stratégique	Indicateur	Cible 2004-2009	Degré de réalisation de l'objectif stratégique au 31 mars 2008
ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 – OFFRIR DES SERVICES DE QUALITÉ, DE FAÇON EFFICACE ET PERFORMANTE			
Axe d'intervention 1 –	L'instauration d'une vision organisationnelle des services		
D'ici 2008, élaborer une stratégie de services basée sur la connaissance de la clientèle et de l'environnement externe, en vue d'améliorer la prestation des services	Stratégie de services approuvée par la haute direction et partagée avec le personnel	Le 31 mars 2005	Objectif partiellement réalisé : il n'a pas été possible d'achever la stratégie de services. Les travaux se poursuivront au cours de la prochaine année.
	Nombre de groupes de clients ciblés dont les attentes sont connues, et la satisfaction à l'égard des services mesurée	16 au 31 mars 2008	
D'ici 2005, actualiser la stratégie de développement des services en ligne de la Régie en tenant compte des orientations gouvernementales	Plan de développement approuvé pour l'ensemble des services qui peuvent être mis en ligne	Le 31 mars 2005	Objectif pleinement réalisé.
Axe d'intervention 2 –	La modernisation de la prestation de services		
Dès 2004, entreprendre la modernisation des principaux processus de prestation de services de la Régie, en vue de les simplifier et d'en améliorer l'efficience et les contrôles	Modalités d'application des ententes de rémunération révisées	Le 31 mars 2006	Objectif partiellement réalisé : trois cibles sont atteintes et les deux autres sont reportées au 31 mars 2009.
	Processus de rémunération des professionnels de la santé modernisé pour trois groupes de clients	Le 31 mars 2009	
	Plans de modernisation approuvés pour les processus en admissibilité à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments, et les programmes d'aides techniques	Le 31 mars 2006	
	Degré d'avancement de la modernisation des processus en admissibilité à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments, et des programmes d'aides techniques : • Documentation en ligne • Architecture d'affaires cible • Architecture du projet d'aides techniques	100 % au 31 mars 2009	
	Registre de personnes assurées consolidé	Le 31 mars 2006 (75 demandes en inventaire)	
D'ici 2008, offrir cinq services en ligne aux personnes assurées, entre autres pour l'inscription à l'assurance médicaments	Nombre de services mis en ligne	5 au 31 mars 2008	Objectif pleinement réalisé.
D'ici 2008, mettre en ligne 15 autres services pour les professionnels de la santé, notamment pour la consultation et la mise à jour de leur dossier d'admissibilité et de facturation ainsi que pour l'autorisation préalable de médicaments d'exception	Nombre de services mis en ligne	15 au 31 mars 2008	Objectif pleinement réalisé.
D'ici 2009, améliorer les communications avec les clientèles et l'information qui leur est fournie	Pourcentage des communications écrites destinées aux personnes assurées qui ont été révisées et simplifiées	100 % au 31 mars 2008	Objectif partiellement réalisé : deux cibles sont atteintes et l'autre est reportée au 31 mars 2009.
	Refonte du site Internet s'adressant aux professionnels de la santé	Le 31 mars 2009	
	Pourcentage de la correspondance transmise par courrier électronique aux professionnels de la santé inscrits aux services en ligne	100 % au 31 mars 2008	
D'ici 2005, établir une approche de gestion des risques permettant d'adapter les mesures de contrôle nécessaires à une bonne gestion des programmes	Approche de gestion des risques établie et partagée par l'ensemble des gestionnaires	Le 31 mars 2005	Objectif partiellement réalisé : une cible est atteinte et l'autre est reportée au 31 mars 2009.
	Nombre de processus modernisés ayant fait l'objet d'une analyse de risques	4 au 31 mars 2009	

Objectif stratégique	Indicateur	Cible 2004-2009	Degré de réalisation de l'objectif stratégique au 31 mars 2008
ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 – CONTRIBUER ACTIVEMENT À L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX			
Axe d'intervention 3 – La mise à profit de l'expertise et de l'information détenues par la Régie			
Contribuer à l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux	Pourcentage des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui ont ratifié une entente de communication de renseignements avec la Régie	100 % au 31 mars 2008	Objectif en voie d'être réalisé : les travaux des indicateurs dont la cible est reportée seront entrepris au cours de l'année 2008-2009.
	Nombre de services mis en ligne pour soutenir les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux dans l'identification des usagers	3 au 31 mars 2009	
	Pourcentage des pharmacies privées d'une région ciblée qui se sont dotées des systèmes requis pour communiquer à la Régie les renseignements sur les médicaments délivrés aux personnes assurées	100 % au 31 mars 2009	
	Nombre de services mis en ligne pour rendre disponibles les renseignements conservés par la Régie qui concernent les médicaments délivrés aux usagers	4 au 31 mars 2009	
	Nombre de services mis en ligne pour soutenir l'accès et la gestion du consentement des usagers au dossier de santé ainsi que l'identification et l'authentification rigoureuse des intervenants habilités à accéder aux renseignements de santé	3 au 31 mars 2009	
D'ici 2008, améliorer l'accessibilité à l'information statistique et accroître l'offre d'expertise aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux	Refonte réalisée de la section du site Internet portant sur les rapports d'études et les statistiques	Le 31 mars 2008 (100 % de chacune des 6 livraisons)	Objectif pleinement réalisé.
	Pourcentage de participation aux rencontres d'échange prévues dans le cadre du suivi continu de l'application des ententes de rémunération	100 % des rencontres prévues	
	Nombre de propositions concernant l'évaluation de la qualité ou le recyclage d'aides techniques	8 au 31 mars 2008	
ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 – FAIRE DE LA RÉGIE UN MILIEU DE TRAVAIL VALORISANT, QUI FAVORISE LES APPRENTISSAGES ET EST AXÉ SUR LA VOLONTÉ ET LA SATISFACTION D'OFFRIR DES SERVICES DE QUALITÉ			
Axe d'intervention 4 – Le développement de la compétence du personnel			
Dès 2004, axer le développement des compétences des gestionnaires sur la gestion des personnes	Pourcentage des gestionnaires ayant un plan personnalisé de développement basé sur leur profil de compétences en gestion des personnes	100 % au 31 mars 2008	Objectif partiellement réalisé : presque tous les gestionnaires visés (96 %) ont un plan personnalisé de développement basé sur leur profil personnel de compétences en gestion des personnes.
	Pourcentage des gestionnaires ayant obtenu une rétroaction de leurs employés sur leur gestion du personnel	75 % au 31 mars 2008	
Assurer le développement des compétences du personnel en favorisant la mobilité et en mettant en place, à compter de 2005, des programmes de formation destinés à soutenir les changements organisationnels	Nombre de programmes de formation mis en place pour chaque processus modernisé	2 au 31 mars 2009	Objectif partiellement réalisé : une cible est atteinte et l'autre est reportée au 31 mars 2009.
	Pourcentage annuel des employés réguliers ayant participé à au moins une formation favorisant la mobilité	15 %	

Dans le contexte de la prolongation d'une année du présent plan stratégique, une nouvelle cible a été établie pour cet indicateur.

Les ressources de la Régie

Cette partie fournit des renseignements sur les ressources humaines et informationnelles de la Régie et met en évidence l'importance que l'organisation y accorde. D'entrée de jeu est présenté un portrait du personnel et de l'environnement de travail dans lequel il évolue. Le suivi des exigences gouvernementales en matière d'accès à l'égalité en emploi vient ensuite. Suivent les renseignements sur l'utilisation des ressources informationnelles et les principales réalisations dans ce domaine.

Les ressources humaines 59

Les ressources informationnelles 63

LES RESSOURCES HUMAINES

Le personnel

Une vue d'ensemble de l'effectif

Au 31 mars 2008, la Régie comptait 1 559 employés fournissant des services à la population, dont 1 161 employés réguliers. De ce nombre, 215 personnes ont été embauchées au cours de la dernière année à titre d'employés réguliers ou occasionnels, auxquels s'ajoutent 88 étudiants et 49 stagiaires.

L'embauche totale au cours de la période 2007-2008

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires
Nombre total de personnes embauchées	76	139	88	49

La qualité de vie au travail

La Régie peut compter sur les compétences et l'expérience de son personnel pour soutenir l'accomplissement de sa mission. En retour, elle valorise la préservation d'un climat sain pour permettre à son personnel d'apprivoiser le changement et d'entretenir des relations de travail favorisant l'épanouissement professionnel.

À cet égard, la Régie privilégie le dialogue avec les différents groupes qui la composent. Cette volonté d'encourager le partenariat et les discussions se concrétise par des rencontres régulières du comité ministériel sur l'organisation du travail et des comités ministériels de relations professionnelles. Dans le même esprit et pour répondre aux besoins d'intégration et de rassemblement des employés âgés de 35 ans ou moins, un comité des jeunes est actif au sein de la Régie.

Ces réalisations, jumelées au dévouement, à l'engagement et au professionnalisme des ressources humaines de la Régie, témoignent de l'énergie déployée pour favoriser le maintien d'un milieu de travail sain et valorisant.

La formation du personnel

Dans le contexte actuel de modernisation des processus de travail, la gestion du changement, le transfert des connaissances, ainsi que le développement et le maintien des compétences nécessaires pour offrir des services de qualité deviennent incontournables pour la Régie.

Au 31 mars 2008, plus de 250 000 $ ont été alloués aux activités de formation institutionnelle et près de 660 000 $ additionnels ont été consacrés à la formation liée à la tâche et au développement continu dans divers domaines d'expertise. La formation liée à la tâche porte sur l'ensemble des connaissances, des habiletés et des attitudes nécessaires à l'exercice de l'emploi. Quant au développement continu dans divers domaines d'expertise, il est complémentaire à la formation liée à la tâche et il contribue à augmenter les compétences générales de l'employé (colloques, formation scolaire en rapport avec l'emploi, etc.).

La Régie a donc investi, en 2007, 4,1 % de sa masse salariale pour assurer la formation de son personnel. Elle dépasse ainsi la cible prescrite (1 %) par la Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre.

L'éthique, une préoccupation fondamentale

Dans la foulée des mesures mises en place par le gouvernement du Québec en matière d'éthique, la Régie s'est dotée, en 2005, d'une politique générale *Éthique et valeurs*. Elle a également poursuivi la mise en œuvre de son plan d'action afin de promouvoir et de renforcer le développement d'une culture d'éthique dans l'organisation. Les actions suivantes ont été réalisées en 2007-2008 :

- la promotion de la *Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise* à l'occasion de son 5e anniversaire;
- l'achèvement de la formation des chefs d'équipe de niveau professionnel à l'École nationale d'administration publique;
- le développement d'un site intranet voué à la promotion des valeurs de la Régie et à l'importance de l'éthique au sein de l'organisation.

La Régie poursuivra ses efforts en misant notamment sur la sensibilisation et la formation continue du personnel.

La santé et la sécurité des personnes au travail

La Régie offre les services suivants en matière de santé et de sécurité au travail :

- aide aux employés;
- conseils en ergonomie et en hygiène au travail;
- prélèvements sanguins et conseils individuels en matière d'habitudes de vie;
- coordination des mesures d'urgence;
- prévention et traitement des dossiers d'accidents de travail et de maladies professionnelles;
- prévention en matière de violence et de harcèlement psychologique au travail;
- recrutement et formation des secouristes.

Conformément à la Politique concernant la santé des personnes au travail dans la fonction publique québécoise, la Régie a actualisé son plan d'action visant à guider ses interventions en matière de santé et de sécurité des personnes.

En plus de maintenir les services en place, la Régie a poursuivi, en 2007-2008, l'animation d'ateliers de sensibilisation offerts aux employés sur la prévention des conflits et la mise en œuvre du processus de réinsertion au travail des employés de la Régie après une invalidité de longue durée.

Le suivi des exigences gouvernementales en matière d'accès à l'égalité en emploi

Le gouvernement du Québec s'est donné des objectifs pour promouvoir l'intégration des personnes issues de différents groupes afin que la diversité de la société québécoise soit reflétée au sein de la fonction publique. Pour atteindre ces objectifs, il a préconisé des programmes d'accès à l'égalité en emploi des membres de communautés culturelles, des autochtones, des anglophones et des femmes, ainsi qu'un plan d'embauche pour les personnes handicapées.

Il est important de noter que les taux calculés dans les tableaux suivants ne considèrent que les personnes ayant consenti à déclarer leur appartenance à un des groupes cibles lors de l'embauche.

Les membres des communautés culturelles, des autochtones, des anglophones et des personnes handicapées

Le taux d'embauche des membres des groupes cibles en 2007-2008

	Embauche totale 2007-2008	Nombre d'embauches					Taux d'embauche
		Communautés culturelles	Autochtones	Anglophones	Personnes handicapées	Total	
Réguliers	76	7	-	2	4	13	17,1 %
Occasionnels	139	25	-	2	1	28	20,1 %
Étudiants	88	12	-	3	-	15	17 %
Stagiaires	49	3	-	-	-	3	6,1 %

Le taux d'embauche global des membres des groupes cibles par statut d'emploi

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires
2005-2006	19,2 %	8 %	23,2 %	10,7 %
2006-2007	21,7 %	12,7 %	29,8 %	-
2007-2008	17,1 %	20,1 %	17 %	6,1 %

Le taux de représentativité des membres des groupes cibles parmi les employés réguliers[1] par catégorie d'emploi en 2007-2008

	Personnel d'encadrement		Personnel professionnel		Personnel technicien		Personnel de bureau		Personnel des agents de la paix		Personnel ouvrier		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Communautés culturelles	-	-	12	1 %	12	1 %	10	0,9 %	-	-	-	-	34	2,9 %
Autochtones	-	-	3	0,3 %	1	0,1 %	-	-	-	-	-	-	4	0,3 %
Anglophones	-	-	1	0,1 %	3	0,3 %	2	0,2 %	-	-	-	-	6	0,5 %
Personnes handicapées	1	0,1 %	3	0,3 %	2	0,2 %	11	0,9 %	-	-	-	-	17	1,5 %

1. La Régie comptait 1 161 employés réguliers au 31 mars 2008.

Le taux de représentativité des membres des groupes cibles parmi les employés réguliers[2]

	2005-2006		2006-2007		2007-2008	
	Nombre d'employés réguliers	Taux de représentativité	Nombre d'employés réguliers	Taux de représentativité	Nombre d'employés réguliers	Taux de représentativité
Communautés culturelles	22	1,8 %	32	2,6 %	34	2,9 %
Autochtones	2	0,2 %	4	0,3 %	4	0,3 %
Anglophones	9	0,7 %	8	0,7 %	6	0,5 %
Personnes handicapées	19	1,5 %	16	1,3 %	17	1,5 %

Les femmes

Le taux d'embauche des femmes par statut d'emploi en 2007-2008

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires	Total
Nombre total d'employés embauchés	76	139	88	49	352
Nombre de femmes embauchées	31	111	38	12	192
Taux d'embauche des femmes	40,8 %	79,9 %	43,2 %	24,4 %	54,5 %

Le taux de représentativité des femmes parmi les employés réguliers par catégorie d'emploi en 2007-2008

	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel des agents de la paix	Personnel ouvrier	Total
Nombre total d'employés réguliers	72	468	361	256	-	4	1 161
Nombre de femmes ayant le statut d'employé régulier	30	244	253	213	-	-	740
Taux de représentativité des femmes	41,7 %	52,1 %	70,1 %	83,2 %	-	0 %	63,7 %

2. La Régie comptait 1 240 employés réguliers au 31 mars 2006, 1 213 au 31 mars 2007 et 1 161 au 31 mars 2008.

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Les principales réalisations en 2007-2008

L'apport des technologies de l'information aux objectifs stratégiques

Les technologies de l'information, devenues omniprésentes dans les activités de la Régie, soutiennent la prestation de services de l'organisation.

Plusieurs actions prévues dans la planification stratégique font grandement appel aux technologies de l'information :

- la modernisation des principaux processus de prestation de services de la Régie;
- la mise à jour de la stratégie de développement des services en ligne de la Régie en tenant compte des orientations gouvernementales;
- la mise en place de services en ligne destinés aux personnes assurées et aux professionnels de la santé;
- la contribution de la Régie au Dossier de santé du Québec et à l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Les technologies de l'information en soutien au personnel

La Régie assure l'entretien de ses 2 638 micro-ordinateurs et le soutien informatique nécessaire à l'ensemble du personnel. Ainsi, en 2007-2008, des employés spécialisés ont donné suite à près de 22 000 demandes d'assistance et de dépannage.

L'évolution du portefeuille d'applications

La Régie assure l'entretien et l'évolution de plus de 180 applications informatiques. Celles-ci doivent être mises à jour continuellement pour :

- tenir compte des modifications législatives et administratives;
- améliorer la prestation de services de la Régie.

La modernisation des systèmes et des infrastructures technologiques

En 2007-2008, des travaux d'envergure ont été entrepris pour déterminer les nouvelles infrastructures qui seront requises au cours des prochaines années en vue de maintenir la qualité de la prestation de services de l'organisation, et pour planifier leur acquisition.

Dans cette foulée, les infrastructures qui supportent l'environnement informationnel de la Régie ont été remplacées pour répondre aux besoins croissants d'entreposage et de traitement des données. Les travaux effectués à ce chapitre permettent d'assurer la sécurité et la pérennité de ces données, ainsi que leur accessibilité au ministre de la Santé et des Services sociaux, aux chercheurs et aux différents intervenants du secteur de la santé.

Désormais, les données de l'environnement informationnel de la Régie requises par les chercheurs autorisés dans le cadre du projet **Infostructure de recherche intégrée en santé du Québec** sont accessibles à distance. Par ailleurs, il est maintenant possible pour les centres hospitaliers du Québec de transmettre directement à la Régie les données permettant de constituer la banque de données nationale **Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière**. Finalement, le projet pilote mis en place dans le cadre de la refonte du **Registre des traumatismes du Québec** a permis à quatre centres hospitaliers désignés en traumatologie du Québec de valider un service en ligne de saisie de données développé par la Régie. Ce nouveau service remplacera les systèmes des établissements devenus désuets.

Une contribution significative à l'évolution du système de santé

En 2007-2008, la Régie a contribué à plusieurs travaux du réseau de la santé et des services sociaux par les actions suivantes :

- la poursuite des travaux visant à mettre en place les infrastructures qui soutiennent l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux;
- la continuation du projet de recherche **Pratique médicale de l'avenir**. Il consiste à évaluer les avantages potentiels de l'implantation d'un système intégré d'information clinique visant à relier les médecins et les pharmaciens;
- la poursuite du développement de deux nouvelles banques de données confiées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, soit celle du **Système d'information de gestion des départements d'urgence** et celle du **Projet d'intégration jeunesse**.

Les exigences gouvernementales

Cette partie comporte des renseignements visant à satisfaire les autres exigences législatives et gouvernementales en matière de reddition de comptes publique. La Régie y fait état de l'application de sa politique linguistique, des mesures mises en place en matière de développement durable et de celles pour favoriser l'intégration des personnes handicapées. Elle expose aussi les actions qu'elle a accomplies relativement à la protection des renseignements personnels et à la sécurité de l'information. Enfin, les mesures prises pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec sont présentées.

La politique linguistique 67

Le développement durable 68

L'intégration des personnes handicapées 69

La protection des renseignements personnels et la sécurité de l'information 70

Les suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec 72

LA POLITIQUE LINGUISTIQUE

Le gouvernement du Québec a démontré l'importance qu'il accorde à la langue française en adoptant, le 12 novembre 1996, la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration.

Entrée en vigueur en décembre 2001, la politique linguistique de la Régie tient compte des orientations établies par le gouvernement. Celle-ci a pour but d'orienter l'ensemble du personnel quant à l'application des règles à respecter relativement à l'usage du français, conformément aux dispositions prévues dans la Charte de la langue française. Les principaux éléments de la politique linguistique ont d'ailleurs été rappelés aux gestionnaires de la Régie lors d'une conférence.

En 2007-2008, la personne responsable de l'application de la politique linguistique a formulé des recommandations concernant différentes questions provenant des employés. La plupart portaient sur la possibilité de traduire en anglais des documents destinés à diverses clientèles. Par ailleurs, dans la dernière année, les travaux du comité chargé de l'application de la politique linguistique de la Régie se sont poursuivis.

La qualité de la langue demeure une préoccupation à la Régie. En effet, tel que l'indique sa politique linguistique, les textes destinés à une clientèle externe font l'objet d'une révision. Périodiquement, des renseignements sont également transmis au personnel : plusieurs éditions du journal interne de l'organisation comportent une chronique linguistique. Des dictionnaires en ligne sont, de surcroît, accessibles sur la page d'accueil du site intranet.

Enfin, dans un objectif d'amélioration continue, la Régie a alloué, encore cette année, un budget spécial pour la tenue d'activités de formation. Elle a aussi profité de la Francofête pour promouvoir auprès de son personnel l'utilisation d'un français de qualité par l'entremise de diverses activités à la fois ludiques et éducatives.

LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le 13 avril 2006, l'Assemblée nationale a adopté la Loi sur le développement durable afin d'améliorer le mieux-être, la santé et la qualité de vie des citoyens. Ce projet de société permettra de protéger et d'exploiter sainement l'environnement au bénéfice des générations actuelles et futures.

Dans cette foulée, un cadre de référence a été élaboré afin de concrétiser les intentions de l'Administration publique en cette matière. Il s'agit de la Stratégie gouvernementale de développement durable entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Pour atteindre les objectifs qui y sont définis, tous les ministères, organismes et entreprises du gouvernement du Québec devront élaborer et rendre public un plan d'action d'ici le 31 mars 2009.

Déjà préoccupée par cette question, la Régie a, depuis plusieurs années, instauré diverses mesures en matière de gestion environnementale, notamment les suivantes :

- la récupération des matières recyclables tels le papier, le carton, le verre et le plastique, ainsi que le matériel informatique;
- la récupération et le compostage des matières résiduelles de la cafétéria et du papier essuie-mains des toilettes;
- la sensibilisation de l'ensemble du personnel à la gestion des matières résiduelles et à la consommation responsable des ressources grâce à des chroniques diffusées sur le sujet dans son site intranet;
- l'adhésion au projet **Mon espace**, un service en ligne sécurisé conçu par le Centre de services partagés du Québec, permettant au personnel de la Régie de suivre l'état de sa rémunération par l'entremise du Web et de diminuer sa consommation annuelle de papier;
- l'amélioration de sa salle de traitement informatique qui permettra, à long terme, de réaliser des économies d'énergie substantielles relativement à l'éclairage et à la climatisation du bâtiment principal.

La Régie a également participé activement aux rencontres du comité interministériel du développement durable ainsi qu'à diverses formations. Elle a ainsi contribué à la réflexion gouvernementale et profité des connaissances acquises pour poursuivre la sienne en vue d'élaborer son plan d'action.

L'INTÉGRATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Pour se conformer à la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, la Régie a produit son troisième plan d'action dont les buts sont d'établir les pistes d'amélioration et de réduire les obstacles pour favoriser l'accès des personnes handicapées aux services qu'elle offre.

Dans cette perspective, des responsables de différentes unités ont été rencontrés. Ces échanges ont permis de déterminer les obstacles auxquels font face les personnes handicapées et de cibler les actions à mettre en œuvre au cours des prochaines années pour réduire ces obstacles.

Au cours de la période 2007-2008, des améliorations ont été apportées aux bureaux de la Régie, dont l'ajout de mains courantes sur la rampe du tunnel situé au sous-sol du bâtiment principal afin de faciliter la circulation et l'accès aux personnes handicapées. Des outils d'information pour les personnes qui bénéficient du programme d'aides visuelles ont également été produits.

LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET LA SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

La Régie, à l'instar de tous les organismes publics, est soumise à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Par ailleurs, la Loi sur l'assurance maladie établit un régime particulier de confidentialité relativement aux renseignements détenus par la Régie. Ce régime impose le respect de règles plus restrictives en matière de confidentialité que celui de la Loi sur l'accès, puisqu'il prévoit explicitement tous les renseignements dont la divulgation est autorisée.

La Régie est également assujettie à la directive sur la sécurité de l'information gouvernementale ayant pour objet d'établir une vision commune, et d'assurer la cohérence et la coordination des interventions en cette matière. Cette directive fixe les objectifs à atteindre, énonce les principes directeurs devant être appliqués pour assurer cette sécurité, identifie les intervenants concernés, précise leurs rôles et responsabilités, et prévoit l'instauration de mécanismes de coordination de l'action gouvernementale.

À cet effet, la Régie déploie plusieurs moyens pour veiller constamment à se montrer digne de confiance en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information envers sa clientèle. À cet égard, une équipe est responsable de former et de sensibiliser tous les nouveaux employés au cours de séances d'accueil, en plus de les inviter à signer un formulaire d'engagement à la confidentialité ainsi qu'une déclaration relativement au respect des mesures visant la sécurité de l'information.

En outre, afin d'arrimer et de coordonner les actions en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information dans l'ensemble de l'organisation, la Régie s'est dotée d'un comité de protection des renseignements personnels et d'éthique ainsi que d'un comité de sécurité de l'information. Leurs travaux sont respectivement coordonnés par le président-directeur général et par le responsable de la sécurité de l'information.

Des réalisations qui s'inscrivent dans un esprit d'amélioration continue

Conformément aux priorités d'action prévues pour l'année 2007-2008, en plus des deux rencontres habituelles du comité de protection des renseignements personnels et d'éthique ainsi que des trois rencontres du comité de sécurité de l'information, la Régie, en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information, a entre autres :

- tenu :
  - des activités régulières de sensibilisation et de formation des employés quant aux règles à respecter à l'égard de la protection des renseignements personnels et de la sécurité de l'information,
  - une semaine de sensibilisation à la protection des renseignements personnels et à la sécurité de l'information pour laquelle elle a remporté le prix Mérite AAPI 2008 de l'Association sur l'accès et la protection de l'information;
- réalisé des tests comme prévu dans le plan de mise en œuvre de la stratégie organisationnelle d'évaluation périodique de la vulnérabilité des systèmes informatiques et des dispositifs de sécurité;
- intégré, dans le plan d'amélioration de la sécurité de l'information, des actions découlant de l'analyse de risques en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité des systèmes d'information critiques;
- entrepris la planification détaillée nécessaire à la mise en œuvre du plan de continuité des services en cas de sinistre;
- amorcé la révision des privilèges d'accès des utilisateurs à l'information numérique de la Régie;
- mis à jour le dépliant portant sur la protection des renseignements personnels de la Régie;
- continué les travaux visant la mise à jour du plan de classification des documents de la Régie;
- procédé à l'analyse des impacts de la mise en œuvre des modifications commandées par la Loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (projet de loi n° 86 [1]), sanctionnée le 14 juin 2006, ainsi que du règlement qui en découlera.

En 2007-2008, la Régie a également répondu à 143 demandes d'accès à l'information. Une seule d'entre elles a été portée en révision devant la Commission d'accès à l'information du Québec et ce dossier était toujours en attente d'une convocation en audition par la Commission.

1. L.Q., 2006, chapitre 22

LES SUITES DONNÉES AUX RECOMMANDATIONS DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Depuis 2001-2002 et conformément à une exigence gouvernementale, les ministères et organismes doivent rendre compte, dans leur rapport annuel de gestion, des correctifs apportés à la suite des recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec.

À cet effet, la Régie a mis en place, en 2002-2003, un mécanisme de suivi afin d'assurer une prise en charge adéquate de ces recommandations. Ce mécanisme prévoit que les directions générales concernées élaborent un plan d'action et mettent en application les mesures qu'elles auront jugées appropriées.

Voici les rapports ayant fait l'objet d'une surveillance par la haute direction de la Régie en 2007-2008.

La gestion de la sécurité informatique

Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004
(déposé en juin 2004)
Tome I, chapitre 4

En 2004, le Vérificateur général du Québec a rempli un mandat visant, d'une part, à établir si la sécurité informatique bénéficiait d'un encadrement approprié tant à l'échelle gouvernementale qu'à celle des ministères ou organismes et, d'autre part, à évaluer si ces derniers avaient mis en place les composantes majeures en vue d'assurer la protection de leurs actifs informationnels.

Bien qu'il ait jugé que la Régie avait fait la plupart des gestes attendus et que l'information numérique et les échanges électroniques étaient généralement bien protégés contre les menaces les plus courantes, le Vérificateur général du Québec a fait 18 recommandations à la Régie. Une trentaine d'actions ont été proposées pour y donner suite. Elles ont d'ailleurs été regroupées dans un plan dont l'avancement est suivi annuellement par la Commission de l'administration publique. Ainsi, au 31 mars 2008, 16 recommandations étaient appliquées, et des travaux portant sur les deux dernières étaient en cours.

Le régime général d'assurance médicaments

Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004
(déposé en décembre 2004)
Tome II, chapitre 2

En 2004, le Vérificateur général du Québec a rempli un mandat portant sur la gestion du régime général d'assurance médicaments. Cette démarche, en plus de toucher particulièrement la Régie, visait également le ministère de la Santé et des Services sociaux, Revenu Québec et le Conseil du médicament.

La Régie a pris connaissance des recommandations et a préparé à ce sujet un plan d'action. Celui-ci est suivi annuellement par les autorités de la Régie et est en bonne voie de réalisation.

La vérification interne

Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2004-2005
(déposé en juin 2005)
Tome I, chapitre 4

Dans son rapport déposé à l'Assemblée nationale pour l'année 2004-2005, le Vérificateur général du Québec indique avoir mené une vérification auprès du Secrétariat du Conseil du trésor et de six entités gouvernementales, dont la Régie. Cette vérification avait pour but de s'assurer que les ministères et organismes avaient mis en place des moyens pour que la vérification interne remplisse pleinement son rôle. Le mandat du Vérificateur général du Québec consistait aussi à apprécier dans quelle mesure les travaux de vérification interne relatifs à la validation du rapport annuel de gestion avaient été menés avec le soin nécessaire.

Jugée relativement bien établie à la Régie par le Vérificateur général du Québec, la vérification interne était toutefois le sujet de 11 recommandations parmi les 21 formulées dans le rapport. Pour répondre à ces recommandations, la Direction de la vérification interne s'est dotée d'un plan d'action qui a été intégré dans un programme d'amélioration continue mis à jour annuellement, lequel a été soumis au Vérificateur général en janvier 2006. Dans le cadre de ce programme, toutes les recommandations ont été prises en compte et les mesures appropriées ont été mises en œuvre.

Les programmes d'aides techniques pour les personnes handicapées

Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2005-2006
(déposé en décembre 2006)
Tome II, chapitre 6

Pour ce rapport, le Vérificateur général du Québec a vérifié si le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que certains acteurs du réseau de la santé, dont la Régie, ont mis en place des mesures visant à assurer une gestion optimale des programmes d'aides techniques.

Bien que le Vérificateur général du Québec ait conclu que la Régie administre les programmes d'aides techniques en conformité avec les directives reçues du Ministère, 5 recommandations parmi les 16 formulées visaient l'organisation et particulièrement l'amélioration de ses processus.

La Régie reconnaît que les améliorations proposées sont souhaitables, d'autant plus que leur réalisation avait déjà été entreprise. Elles ont d'ailleurs été regroupées dans un plan d'action couvrant la période 2006-2010. Parmi les activités planifiées figure la refonte du système informatique. Celle-ci s'inscrit dans un projet d'envergure de modernisation des programmes d'aides techniques qui a fait l'objet d'une autorisation du Conseil du trésor en décembre 2007. Les travaux se poursuivent selon le calendrier établi.

Les informations financières

Cette partie fournit des renseignements sur la provenance et l'utilisation des ressources financières nécessaires à l'accomplissement de la mission de la Régie en 2007-2008, notamment pour assurer l'administration des programmes qui lui sont confiés. Dans un premier temps sont présentés les états financiers de la Régie au 31 mars 2008. Ensuite, il est question des états financiers du Fonds de l'assurance médicaments administré par la Régie, pour l'exercice terminé le 31 mars 2008. Ces états financiers ont été vérifiés par le Vérificateur général du Québec. Ils donnent une juste représentation de la situation financière et des opérations de la Régie, ainsi que du Fonds.

Le rapport d'activité sur le régime général d'assurance médicaments pour l'année 2007-2008 est aussi présenté dans cette partie. Il précise les renseignements utiles pour saisir la teneur et la portée du régime public d'assurance médicaments, ainsi que l'évolution de ses coûts en relation avec la consommation de médicaments.

Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2008 77

Les états financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice terminé le 31 mars 2008 87

Le rapport d'activité 2007-2008 sur le régime général d'assurance médicaments 94

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008

Rapport de la direction

La direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées respectant les principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport annuel est conforme à celle contenue dans les états financiers.

La direction maintient un système de contrôles internes et applique un programme de vérification interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que les actifs sont convenablement protégés et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations de la Régie.

Le conseil d'administration est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de la Régie conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada et son rapport expose la nature et l'étendue de cette vérification ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,

Marc Giroux

Québec, le 23 mai 2008

Le directeur du budget et
des ressources financières,

Daniel Cloutier, CA

Rapport du vérificateur

À l'Assemblée nationale

J'ai vérifié le bilan de la Régie de l'assurance maladie du Québec au 31 mars 2008 et l'état du coût et du financement des programmes de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de la Régie au 31 mars 2008 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Pour le vérificateur général du Québec,

Diane Bergeron

Diane Bergeron, CA
Vérificatrice générale adjointe

Québec, le 23 mai 2008

Régie de l'assurance maladie du Québec
Coût et financement des programmes
Exercice terminé le 31 mars 2008

	2008	2007
	(en milliers de dollars)	
COÛT DES PROGRAMMES (note 4)		
Services médicaux (note 17)	3 810 522	3 571 571
Médicaments et services pharmaceutiques (notes 5 et 17)	2 864 694	2 638 305
Services hospitaliers (note 6)	167 021	151 849
Aides techniques	129 192	127 667
Services dentaires (note 17)	114 998	103 821
Services d'aide domestique	51 609	45 715
Services optométriques (note 17)	40 138	35 604
Autres (note 7)	13 041	10 230
	7 191 415	**6 684 762**
Recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers	7 448	7 251
	7 183 967	**6 677 511**
Frais d'administration (note 8)	**135 063**	**137 357**
	7 319 030	**6 814 868**
SOURCES DE FINANCEMENT		
Fonds des services de santé	3 952 185	3 706 630
Fonds de l'assurance médicaments	2 895 823	2 672 243
Gouvernement du Québec	337 472	309 521
Commission de la santé et de la sécurité du travail	87 821	85 067
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 6)	36 839	32 923
Autres sources	8 890	8 484
	7 319 030	**6 814 858**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Régie de l'assurance maladie du Québec
Bilan au 31 mars 2008

	2008	2007
	(en milliers de dollars)	
ACTIF		
À court terme (note 9)		
Contributions à recevoir		
Fonds des services de santé	86 875	234 702
Fonds de l'assurance médicaments	260 747	136 304
Frais à récupérer (note 10)	193 188	137 139
Autres créances	23 469	16 369
	564 279	**524 514**
Immobilisations corporelles (note 11)	28 230	24 377
Actifs incorporels (note 12)	70 153	41 790
	662 662	**590 681**
PASSIF		
À court terme (note 9)		
Effets bancaires en circulation	21 750	32 576
Services à payer	545 021	492 513
Autres charges à payer et frais courus	40 972	27 379
Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 13)	26 202	7 192
	633 945	**559 660**
Provision pour congés de maladie et vacances (note 15)	28 717	31 021
	662 662	**590 681**

ENGAGEMENTS (note 16)

ÉVENTUALITÉS (note 17)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Pour la Régie,

Marc Giroux
Président-directeur général

Jacques L'Espérance
Membre du conseil d'administration

Régie de l'assurance maladie du Québec
Notes complémentaires
31 mars 2008

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. Constitution, fonction et financement

La Régie, personne morale au sens du Code civil constituée par la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5), a pour fonction d'administrer le régime d'assurance maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre le régime général d'assurance médicaments. Elle administre aussi des parties de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont :

- la rémunération des résidents en médecine;
- le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec;
- l'exonération financière pour les services d'aide domestique;
- la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers.

La Régie paie les médecins ayant rendu des services professionnels dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi occasionnés.

Le financement du régime d'assurance maladie provient du Fonds des services de santé.

Par ailleurs, le Fonds de l'assurance médicaments finance le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis :

- aux personnes de 65 ans ou plus;
- aux prestataires d'une aide financière de dernier recours;
- aux adhérents : toute personne admissible, autre que celles énumérées ci-dessus, qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Enfin, le gouvernement du Québec finance les parties de programmes confiées à la Régie par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En vertu de l'article 4 de sa loi constitutive, la Régie est mandataire de l'État et par conséquent n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu au Québec et au Canada.

2. Conventions comptables

La préparation des états financiers de la Régie, conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation du coût des programmes et des sources de financement au cours de la période visée par les états financiers. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté puisqu'il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie de l'exercice. Par contre, les informations les plus pertinentes sont fournies dans les notes complémentaires aux états financiers.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées à leur valeur d'acquisition.

La méthode de l'amortissement linéaire est utilisée en tenant compte de la valeur résiduelle de ces immobilisations, s'il y a lieu. Leur durée de vie utile a été établie comme suit :

Immeuble du siège social	40 ans
Améliorations locatives	5 ans
Rénovations de l'immeuble	10 ans
Ameublement, équipement de bureau	5 ans
Matériel informatique et bureautique	3 ans

Actifs incorporels

Les actifs incorporels sont présentés à leur coût d'origine.

Le développement de systèmes informatiques inclut le coût de la main-d'œuvre et des services professionnels ainsi que celui du matériel informatique et bureautique s'y rapportant.

La méthode de l'amortissement linéaire est utilisée en tenant compte de la valeur résiduelle des actifs incorporels, s'il y a lieu. Leur durée de vie utile a été établie comme suit :

Développements informatiques	5 ans
Développements informatiques – Dossier de santé du Québec	10 ans
Logiciels	3 ans

Régimes de retraite

La Régie ne possède pas l'information nécessaire à l'application de la méthode de comptabilisation des régimes à prestations déterminées.

Elle applique donc la méthode de comptabilisation des régimes à cotisation déterminée aux régimes interemployeurs gouvernementaux à prestations déterminées.

3. Modification future de conventions comptables

Au cours du prochain exercice, la Régie appliquera les nouvelles recommandations de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) quant aux nouveaux chapitres suivants : 1530 – « Résultat étendu », 3855 – « Instruments financiers – comptabilisation et évaluation », 3862 – « Instruments financiers – informations à fournir » et 3863 – « Instruments financiers – présentation ».

Le chapitre 1530 établit des normes d'information et de présentation concernant le résultat étendu. Les chapitres 3862 et 3863 visent à informer les utilisateurs de façon à leur permettre d'évaluer l'importance des instruments financiers au regard de la situation financière et à la performance financière de l'entité et d'évaluer la nature et l'ampleur des risques découlant des instruments financiers auxquels l'entité est exposée ainsi que de la façon dont elle gère ces risques. Les chapitres 3862 et 3863 remplacent le chapitre 3861 du Manuel, intitulé « Instruments financiers – information à fournir et présentation ». Ces chapitres modifient et augmentent les exigences en matière d'informations à fournir, mais reprennent telles quelles les exigences en matière de présentation. Quant au chapitre 3855, il établit des normes de comptabilisation et d'évaluation des actifs et passifs financiers ainsi que des dérivés non financiers.

Par ailleurs, l'ICCA a également publié le chapitre 3064 – « Écarts d'acquisition et actifs incorporels » en remplacement des chapitres 3062 – « Écarts d'acquisition et autres actifs incorporels » et 3450 – « Frais de recherche et de développement ». Ce nouveau chapitre établit des normes de comptabilisation, d'évaluation et d'information applicables aux écarts d'acquisition et aux actifs incorporels, y compris les actifs incorporels générés en interne. Ce chapitre s'appliquera aux états financiers des exercices ouverts à compter du 1er octobre 2008, date à laquelle la Régie l'adoptera.

La direction estime qu'il n'y aura pas d'incidences sur les résultats de la Régie au regard de l'application de ces nouvelles normes.

4. Coût des programmes

Le coût des produits et services par programme se répartit comme suit :

	2008	2007
Régime d'assurance maladie	3 956 739	3 712 267
Régime public d'assurance médicaments (note 5)	2 861 981	2 635 656
Autres	365 247	329 588
	7 183 967	**6 677 511**

5. Médicaments et services pharmaceutiques

	2008	2007
Régime public d'assurance médicaments		
Personnes de 65 ans ou plus	1 650 647	1 509 623
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	629 485	580 492
Adhérents	581 849	545 541
	2 861 981	**2 635 656**
Personnes admissibles à des programmes particuliers	2 713	2 649
	2 864 694	**2 638 305**

6. Services hospitaliers

	2008	2007
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	130 182	118 926
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	36 839	32 923
	167 021	**151 849**

7. Autres

	2008	2007
Bourses de recherche	12 610	9 352
Aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C	431	878
	13 041	**10 230**

8. Frais d'administration

	2008	2007
Traitements et avantages sociaux	86 955	91 937
Amortissement des immobilisations corporelles	4 935	5 210
Amortissement des actifs incorporels	9 109	9 781
Locaux, équipement et ameublement	11 756	15 028
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	7 550	7 099
Réseau de communication interactive	3 102	4 359
Services professionnels et autres	9 557	2 114
Fournitures et approvisionnements	1 938	1 684
Intérêts et frais financiers	161	145
	135 063	**137 357**

Une portion des frais d'administration de 33,8 M$ (2007 : 36,6 M$) est assumée par le Fonds de l'assurance médicaments.

9. Instruments financiers

La juste valeur des instruments financiers à court terme est équivalente à la valeur comptable en raison de leur échéance rapprochée.

10. Frais à récupérer

	2008	2007
Gouvernement du Québec	139 554	80 436
Commission de la santé et de la sécurité du travail	43 562	45 948
Services hospitaliers dus par d'autres provinces	10 072	10 755
	193 188	**137 139**

11. Immobilisations corporelles

			2008	2007
	Coût	Amortissement cumulé	Net	Net
Terrain	1 000	-	1 000	1 000
Immeuble du siège social	17 537	10 738	6 799	7 100
Rénovations de l'immeuble	18 554	4 541	14 013	11 184
Améliorations locatives	2 466	2 166	300	263
Ameublement, équipement de bureau	2 850	2 137	713	1 051
Matériel informatique et bureautique	20 412	15 007	5 405	3 779
	62 819	**34 589**	**28 230**	**24 377**

Les acquisitions de l'exercice ont nécessité des déboursés de 8,8 M$ (2007 : 5,8 M$).

12. Actifs incorporels

	Coût	Amortissement cumulé	2008 Net	2007 Net
Développements informatiques	61 587	31 377	30 210	25 441
Développements informatiques - Dossier de santé du Québec	38 534	807	37 727	15 375
Logiciels	6 524	4 308	2 216	974
	106 645	**36 492**	**70 153**	**41 790**

Les acquisitions de l'exercice ont nécessité des déboursés de 37,5 M$ (2007 : 32,7 M$).

13. Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec

	2008	2007
Emprunt sur billet, d'un maximum de 131 M$, à taux fixe de 3,5 % échéant le 25 septembre 2008		
	26 202	**7 192**
Flux de trésorerie		
Intérêts versés	335	-

14. Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans les états financiers et qui sont comptabilisées à leur valeur d'échange, la Régie est apparentée à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. La Régie n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement aux états financiers.

15. Avantages sociaux futurs

Régimes de retraite

Les employés de la Régie et les professionnels de la santé rémunérés à salaire participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) et au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Au 1er janvier 2008, le taux de cotisation de la Régie au RREGOP a augmenté de 7,06 % à 8,19 % de la masse salariale et celui du RRPE de 7,78 % à 10,54 %. Le taux du RRF est demeuré inchangé.

Les cotisations de la Régie imputées aux résultats de l'exercice se chiffrent à 3,8 M$ (2007 : 3,9 M$) pour ses employés et sont incluses dans les frais d'administration. Par ailleurs, les cotisations pour les professionnels de la santé rémunérés à salaire s'élèvent à 4,3 M$ (2007 : 4,1 M$) et sont incluses dans le coût des programmes aux postes « Services médicaux », « Services dentaires » et « Services optométriques ». Les obligations de la Régie envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses cotisations pour services courants à titre d'employeur.

Provision pour congés de maladie et vacances

	2008	2007
Solde au début	31 021	29 272
(Diminution) augmentation nette due à des arrivées et des départs d'employés	(2 295)	1 250
Dépenses	7 906	8 966
Utilisation	(7 915)	(8 467)
Solde à la fin	**28 717**	**31 021**

16. Engagements

Au 31 mars 2008, les engagements contractuels minimaux exigibles pour l'acquisition de biens et services relatifs à des contrats d'approvisionnement ainsi que pour la location de locaux se détaillent comme suit :

2009	44 711
2010	15 949
2011	13 932
2012	12 581
2013	7 016
2014	2 340
	96 529

17. Éventualités

Services médicaux, dentaires, optométriques, médicaments et services pharmaceutiques

Les ententes avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec prévoient une enveloppe budgétaire annuelle globale à être versée à leurs membres pour leurs services. Les ententes précisent, qu'advenant une non-atteinte de cette enveloppe budgétaire, les montants ainsi rendus disponibles sont alors affectés aux fins retenues par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent et, qu'advenant un dépassement, un remboursement doit être effectué au cours de la période subséquente.

Concernant les ententes avec les fédérations représentant les médecins omnipraticiens ou les médecins spécialistes, ainsi que l'association regroupant les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale, la compilation finale des coûts réels, par rapport à ceux prévus aux ententes pour la période du 1er avril 2007 au 31 mars 2008, ne pourra être terminée qu'à l'automne 2008. En conséquence, la Régie ne peut évaluer s'il y aura non-atteinte ou dépassement des enveloppes budgétaires allouées pour cette période.

LES ÉTATS FINANCIERS DU FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008

Rapport de la direction

Le Fonds de l'assurance médicaments est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. La direction de la Régie est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers du Fonds, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées respectant les principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport d'activité est conforme à celle contenue dans les états financiers.

La direction maintient un système de contrôles internes et applique un programme de vérification interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que l'actif est convenablement protégé et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations du Fonds.

Le conseil d'administration de la Régie est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers du Fonds ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification de la Régie.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires du Fonds conformément aux lois et règlements qui régissent ces deux entités.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers du Fonds conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cette vérification ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,

Marc Giroux

Québec, le 23 mai 2008

Le directeur du budget et
des ressources financières,

Daniel Cloutier, CA

Rapport du vérificateur

À l'Assemblée nationale

J'ai vérifié le bilan du Fonds de l'assurance médicaments au 31 mars 2008 et l'état des opérations de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Fonds au 31 mars 2008 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Pour le vérificateur général du Québec,

Diane Bergeron

Diane Bergeron, CA
Vérificatrice générale adjointe

Québec, le 23 mai 2008

Fonds de l'assurance médicaments
Opérations
Exercice terminé le 31 mars 2008

	2008	2007
	(en milliers de dollars)	
PRODUITS		
Contribution du Fonds consolidé du revenu	2 170 288	1 966 997
Primes – adhérents et personnes de 65 ans ou plus (note 4)	707 448	697 613
Compensation du gouvernement du Québec (note 5)	41 200	30 000
	2 918 936	**2 694 610**
CHARGES		
Contributions à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux :		
Personnes de 65 ans ou plus	1 650 647	1 509 623
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	629 485	580 492
Adhérents	581 849	545 541
Frais d'administration		
Régie de l'assurance maladie du Québec (note 6)	33 842	36 587
Intérêts sur emprunt	15 888	15 391
Perception des primes par Revenu Québec	7 225	6 976
	2 918 936	**2 694 610**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Fonds de l'assurance médicaments
Bilan au 31 mars 2008

	2008	2007
	(en milliers de dollars)	
ACTIF		
À court terme (note 7)		
Primes à recevoir	**733 084**	**724 906**
PASSIF		
À court terme (note 7)		
Dû à la Régie de l'assurance maladie du Québec	260 747	136 304
Dû à Revenu Québec	333	237
Intérêts courus	2 574	1 856
Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 8)	469 430	586 509
	733 084	**724 906**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Pour le Fonds,

Marc Giroux
Président-directeur général

Jacques L'Espérance
Membre du conseil d'administration

Fonds de l'assurance médicaments
Notes complémentaires
31 mars 2008

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. Constitution, objet et financement

Le Fonds de l'assurance médicaments a été institué en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5). Il a pour objet d'assumer le coût des médicaments et services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Il est constitué des primes déterminées en fonction du revenu gagné au cours de l'année civile par toute personne, peu importe son âge, ne bénéficiant pas des garanties prévues en vertu d'une assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux.

Par contre, des exonérations de primes sont prévues dans la Loi pour des catégories de personnes telles que les enfants, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et certaines personnes âgées.

Le Fonds consolidé du revenu verse une contribution pour équilibrer les produits et les charges. Elle ne peut excéder le total des montants remboursés à la Régie pour les services fournis aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires d'une aide financière de dernier recours (contributions et frais d'administration).

Le Fonds est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et ses modes de gestion, de financement et d'opération sont stipulés dans sa loi constitutive. Selon cette loi, l'ensemble des sommes versées au Fonds doit permettre à long terme le paiement de ses obligations.

2. Conventions comptables

La préparation des états financiers du Fonds, conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par les états financiers. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté puisqu'il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice.

Primes

La valeur estimative des primes est inscrite aux produits en proportion de la période de couverture d'assurance écoulée au 31 mars.

Cette estimation est établie en fonction des primes réelles observées au cours de l'année civile antérieure et de l'évolution du nombre de personnes assurées.

Les ajustements entre la valeur estimative des primes et leur valeur réelle sont comptabilisés au cours de l'exercice où ils sont connus.

3. Modification future de conventions comptables

Au cours du prochain exercice, le Fonds appliquera les nouvelles recommandations de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) quant aux nouveaux chapitres suivants : 1530 – « Résultat étendu », 3855 – « Instruments financiers – comptabilisation et évaluation », 3862 – « Instruments financiers – informations à fournir » et 3863 – « Instruments financiers – présentation ».

Le chapitre 1530 établit des normes d'information et de présentation concernant le résultat étendu. Les chapitres 3862 et 3863 visent à informer les utilisateurs de façon à leur permettre d'évaluer l'importance des instruments financiers au regard de la situation financière et à la performance financière de l'entité et d'évaluer la nature et l'ampleur des risques découlant des instruments financiers auxquels l'entité est exposée ainsi que de la façon dont elle gère ces risques. Les chapitres 3862 et 3863 remplacent le chapitre 3861 du Manuel, intitulé « Instruments financiers – information à fournir et présentation ». Ces chapitres modifient et augmentent les exigences en matière d'informations à fournir, mais reprennent telles quelles les exigences en matière de présentation. Quant au chapitre 3855, il établit des normes de comptabilisation et d'évaluation des actifs et passifs financiers ainsi que des dérivés non financiers.

La direction estime qu'il n'y aura pas d'incidences sur les résultats de la Régie au regard de l'application de ces nouvelles normes.

4. Primes

L'ajustement entre la valeur réelle des primes pour l'année civile 2006 et leur valeur estimative comptabilisée au 31 mars 2007, ainsi que d'autres ajustements pour des années antérieures à 2006, ont eu pour effet d'augmenter les primes de l'exercice en cours de 27,9 M$ (2007 : 28,2 M$).

L'estimation des primes se répartit comme suit :

	2008	2007
Adhérents	367 873	383 687
Personnes de 65 ans ou plus	339 575	313 926
	707 448	**697 613**

5. Compensation du gouvernement du Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux verse cette compensation pour la non-application intégrale de la politique du prix le plus bas lors du remboursement du coût des médicaments.

6. Frais d'administration

Les frais d'administration imputés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les adhérents (toute personne qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux) ainsi que pour les personnes de 65 ans ou plus et les prestataires d'une aide financière de dernier recours sont indiqués ci-dessous.

	Adhérents	Autres clientèles	2008	2007
Traitements et avantages sociaux	9 950	10 374	20 324	20 208
Amortissement des immobilisations corporelles	262	263	525	555
Amortissement des actifs incorporels	525	1 866	2 391	3 247
Locaux, équipement et ameublement	1 291	1 685	2 976	5 468
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	822	1 015	1 837	1 612
Réseau de communication interactive	589	2 514	3 103	4 359
Services professionnels et autres	1 665	791	2 456	1 074
Fournitures et approvisionnements	47	170	217	52
Intérêts et frais financiers	7	6	13	12
	15 158	**18 684**	**33 842**	**36 587**

7. Instruments financiers

La juste valeur des instruments financiers à court terme est équivalente à la valeur comptable en raison de leur échéance rapprochée.

8. Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec

	2008	2007
Emprunt sur billet d'un maximum de 730 M$, à taux fixes :		
- Échéant le 8 avril 2008, au taux de 4,6 %;	207 278	
- Échéant le 17 avril 2008, au taux de 3,7 %;	216 798	
- Échéant le 17 avril 2008, au taux de 3,7 %.	45 354	
Emprunt sur billet, d'un maximum de 730 M$, à taux variable selon la moyenne des taux des acceptations bancaires majorée de 0,3 %, sans modalités de remboursement. Le taux au 31 mars 2007 s'élève à 4,6 %.		586 509
	469 430	**586 509**
Flux de trésorerie		
Intérêts versés	15 171	14 959

LE RAPPORT D'ACTIVITÉ 2007-2008 SUR LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Objet et modalités d'application du régime

En vertu de l'article 2 de la Loi sur l'assurance médicaments, le régime général d'assurance médicaments a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. Tous les résidents du Québec doivent détenir une couverture d'assurance médicaments offerte soit par un régime collectif privé, soit par le régime public administré par la Régie.

Personnes couvertes par le secteur privé

Les adultes ayant accès à un régime privé d'assurance médicaments doivent y souscrire pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour leur conjoint et leurs enfants. Tous les médicaments inscrits sur la *Liste de médicaments* doivent être couverts par les régimes privés.

Pour la période du 1er juillet 2007 au 30 juin 2008, la coassurance ne peut dépasser 30 % du coût des médicaments, et la contribution maximale (franchise et coassurance) doit être d'au plus 904 $ par adulte par année. Ce pourcentage et ce montant sont indexés le 1er juillet de chaque année selon les taux d'ajustement fixés par la Régie, qui doit tenir compte de certaines règles déterminées par règlement du gouvernement.

Une personne qui change de régime en cours d'année n'a pas à débourser plus que la contribution maximale qui lui est applicable. Ainsi, lors d'un changement d'employeur, une personne peut entreprendre des démarches pour que le cumul de ses contributions soit transféré chez le nouvel assureur.

Inscription au régime public d'assurance médicaments

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours, les personnes de 65 ans ou plus et les autres personnes qui n'ont pas accès à un régime privé doivent être inscrits au régime public d'assurance médicaments. Au 31 mars 2008, plus de 1,7 million de personnes non couvertes par un régime privé s'étaient inscrites au régime public d'assurance médicaments à titre d'adhérents, auxquelles il faut ajouter environ 503 000 prestataires d'une aide financière de dernier recours et 985 000 personnes de 65 ans ou plus.

Les personnes de 65 ans ou plus ayant accès à un régime privé d'assurance collective peuvent être couvertes en totalité par celui-ci si elles le souhaitent, à condition que la couverture des médicaments soit au moins équivalente à celle qu'offre le régime public. En 2007-2008, 70 956[1] d'entre elles ont décidé de maintenir leur adhésion à un régime privé.

Participation financière des personnes couvertes par le régime public

Prime annuelle

Les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments doivent payer une prime établie en fonction de leur revenu. Pour la période allant du 1er juillet 2007 au 30 juin 2008, la prime maximale est de 557 $ par adulte.

1. Il s'agit de la moyenne de l'année.

Contribution mensuelle

Au moment de l'achat, les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments doivent contribuer au coût de leurs médicaments et des services pharmaceutiques. Elles le font sous la forme d'une franchise et d'une coassurance, et ce, jusqu'à l'atteinte de leur contribution mensuelle maximale.

Le 1er juillet 2007, la franchise est passée de 12,10 $ à 14,10 $ par mois et la coassurance est passée à 30 % pour les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus.

En ce qui concerne la contribution maximale, elle varie en fonction des différentes clientèles :

- 75,33 $ par mois (904 $ par année) pour les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus ne recevant aucun Supplément de revenu garanti;
- 48,27 $ par mois (579 $ par année) pour les personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du Supplément de revenu garanti maximal (Supplément de revenu garanti partiel).

En vertu de la loi, les paramètres de contribution (franchise, coassurance et contribution maximale) ainsi que la prime peuvent être modifiés le 1er juillet de chaque année selon les taux d'ajustement que fixe la Régie en tenant compte de l'accroissement des coûts du régime.

Personnes exemptées

Les personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti maximal et les adhérents qui ont un revenu équivalent sont exemptés du paiement de la prime. Il en est de même, depuis 2007, pour les personnes de 65 ans ou plus recevant 94 % ou plus du montant maximal du Supplément de revenu garanti.

Les enfants de moins de 18 ans inscrits au régime public d'assurance médicaments ne paient ni prime ni contribution à l'achat de médicaments à la pharmacie. Cela s'applique également aux personnes atteintes d'une déficience fonctionnelle survenue avant 18 ans, à tous les prestataires d'une aide financière de dernier recours ainsi qu'aux personnes de 18 à 25 ans aux études à temps plein qui n'ont pas de conjoint et dont les parents sont inscrits au régime public.

Financement du régime

Financement mixte

Le régime public d'assurance médicaments couvre environ 3,2 millions de personnes tandis que 4,5 millions de personnes sont couvertes par des régimes privés que gèrent des assureurs ou des administrateurs de régimes d'avantages sociaux.

Le régime public est financé à même les crédits alloués à cet effet par le gouvernement et les sommes perçues par le Fonds de l'assurance médicaments à titre de primes ou de sommes dues. Les régimes privés sont financés par les employeurs et les employés qui versent des primes.

Les gestionnaires des régimes privés doivent mettre en commun les risques accrus découlant de l'application du régime général d'assurance médicaments. Pour ce faire, une approche de mutualisation comportant des seuils de mise en commun établis selon la taille du groupe a été retenue, conformément à la Loi sur l'assurance médicaments. Cette formule reconnaît un niveau de risque acceptable pour un groupe donné. L'étendue de la mutualisation a été fixée en fonction de la capacité d'un groupe à absorber une augmentation de prime. Les modalités appliquées sont communiquées annuellement au ministre et ont, jusqu'ici, été reconnues conformes aux dispositions de la loi.

Mesures pour la récupération de sommes dues

Dans le cadre du plan gouvernemental pour assurer la viabilité du régime public d'assurance médicaments, des mesures ont été prises en 2002, conjointement avec Revenu Québec, afin de récupérer des sommes dues. Depuis, les efforts se poursuivent afin de régulariser notamment la situation des personnes qui sont couvertes par le régime public tout en étant admissibles à une assurance collective, et la situation des personnes couvertes par le régime public qui ont omis de payer la prime au moment de produire leur déclaration de revenus. Les sommes récupérées en 2007-2008

totalisent 28,9 millions de dollars : 21,5 millions proviennent de la récupération de primes et 7,4 millions du renforcement des contrôles de l'admissibilité. Ces sommes ont été versées au Fonds de l'assurance médicaments.

Entente administrative

L'entente intervenue entre la Régie et Revenu Québec concernant la perception de la prime d'assurance médicaments et les activités connexes est venue à échéance le 31 mars 2007. La Régie a poursuivi des travaux pour assurer le renouvellement de cette entente.

Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments sert à payer le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux personnes assurées par la Régie et à leurs enfants. Les frais d'administration liés à la perception de la prime et à la gestion du régime public sont prélevés du Fonds.

Une des sources de revenus du Fonds est la prime annuelle que doivent payer, en fonction de leur revenu, les adhérents et les personnes de 65 ans ou plus. Cette prime est calculée et perçue par Revenu Québec au moment de la production de la déclaration de revenus de l'année civile visée. Comme il y a un décalage entre le moment où la prime est payée et celui où le Fonds assume le coût des médicaments et des services pharmaceutiques, celui-ci reçoit des avances du ministère des Finances pour pallier le déficit de liquidités. Comme mentionné précédemment, un mécanisme permet d'ajuster la prime maximale le 1er juillet de chaque année de façon qu'il soit possible de faire face aux obligations rattachées au Fonds.

Une autre source de revenus du Fonds provient des sommes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux. Elles sont versées en compensation de la non-application intégrale de la politique du prix le plus bas lors du remboursement du coût des médicaments ou conformément aux ententes de partage de risques financiers et aux ententes prévoyant la mise en place de mesures compensatoires. Le financement du Fonds de l'assurance médicaments est enfin complété par des sommes versées par le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu permettant le paiement global des obligations prévues au Fonds. Ces sommes sont toutefois limitées aux coûts générés par les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes de 65 ans ou plus.

Coût du régime public

Le coût total des médicaments et des services pharmaceutiques dispensés à l'ensemble des personnes assurées par la Régie a atteint 3 525 millions de dollars au cours de l'année se terminant le 31 mars 2008. L'accroissement du coût du régime public a connu sensiblement la même augmentation qu'en 2007-2008 (8,6 %) par rapport à l'exercice 2006-2007 (8,5 %). Le coût indiqué ici ne tient pas compte des récupérations de sommes dues et autres ajustements comptables tel que cela est reflété dans les états financiers du Fonds[2].

En 2007-2008, les contributions (franchise et coassurance) des personnes assurées se sont élevées à 643 millions de dollars, soit 18,3 % du coût total du régime public, tandis que la part du régime (coût total moins contributions des personnes assurées) se situait à 2 882 millions de dollars ou à 81,7 % du coût total.

Les facteurs qui expliquent la hausse du coût total du régime public sont l'augmentation du nombre de jours-ordonnances par participant (soit la somme des jours de traitement pour les ordonnances soumises divisée par le nombre de participants), du nombre de participants et du coût brut par jour-ordonnance.

Facteurs de croissance du coût total des médicaments du régime public d'assurance médicaments en 2007-2008	Variation
Nombre de jours-ordonnances par participant	5,85 %
Nombre de participants	0,02 %
Coût brut par jour-ordonnance	2,54 %

2. Pour plus de détails, voir les conventions comptables des états financiers du Fonds de l'assurance médicaments à la page 91.

Coût du régime public d'assurance médicaments d'avril 2007 à mars 2008

	Nombre de participants[3]	Coût total	Part assumée par le régime		Contribution des personnes assurées	
		M$	M$	%	M$	%
Prestataires d'une aide financière de dernier recours						
Adultes	296 162	620,3	616,5	99,4	3,8	0,6
Enfants de moins de 18 ans	68 695	15,9	15,9	100,0	-	-
Personnes aux études à temps plein, de 18 à 25 ans, sans conjoint	4 591	1,3	1,3	100,0	-	-
Redressement des honoraires[4]		0,4	0,4	100,0	-	-
Total partiel	**369 448**	**637,9**	**634,1**	**99,4**	**3,8**	**0,6**
Personnes de 65 ans ou plus						
Recevant au moins 94 % du Supplément de revenu garanti maximal	69 105	186,7	185,5	99,4	1,2	0,6
Recevant moins de 94 % du Supplément de revenu garanti maximal	376 013	924,1	753,2	81,5	170,9	18,5
Ne recevant aucun Supplément de revenu garanti	493 559	972,7	717,3	73,7	255,4	26,3
Redressement des honoraires[4]		1,5	1,5	100,0	-	-
Total partiel	**938 677**	**2 085,0**	**1 657,5**	**79,5**	**427,5**	**20,5**
Adhérents						
Adultes	884 827	745,6	533,5	71,6	212,1	28,4
Enfants de moins de 18 ans et personnes à charge handicapées	201 153	44,7	44,7	100,0	-	-
Personnes aux études à temps plein, de 18 à 25 ans, sans conjoint	36 941	11,2	11,2	100,0	-	-
Redressement des honoraires[4]		0,5	0,5	100,0	-	-
Total partiel	**1 122 921**	**802,0**	**589,9**	**73,6**	**212,1**	**26,4**
Sous-total	**2 431 046**	**3 524,9**	**2 881,5**	**81,8**	**643,4**	**18,2**
Autres[5]		(19,5)	(19,5)	100,0	-	-
Total	**2 431 046**	**3 505,4**	**2 862,0**	**81,7**	**643,4**	**18,3**

3. Un participant est une personne inscrite au régime public d'assurance médicaments qui s'est procuré un médicament sous ordonnance au moins une fois durant l'exercice 2007-2008.
4. En 2007-2008, un redressement des honoraires des pharmaciens de 2,4 millions de dollars a été comptabilisé.
5. Ce montant reflète la récupération des sommes auprès des personnes et d'autres ajustements comptables.

Principales modifications apportées à la Loi sur l'assurance médicaments

Par le projet de loi nº 130[6] sanctionné en décembre 2005, la Loi sur l'assurance médicaments a été modifiée afin de permettre la mise en œuvre de certaines propositions de la Politique du médicament. Cette politique, adoptée en 2007, vise l'accessibilité aux médicaments, le prix juste et raisonnable, l'usage optimal des médicaments et le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec.

Au cours de l'année 2007-2008, diverses mesures de la Politique, telle la codification des médicaments d'exception, ont été implantées. Les deux prochaines années devraient permettre la mise en œuvre complète de la Politique.

Prix juste et raisonnable

La loi prévoit que le ministre de la Santé et des Services sociaux peut réglementer les conditions d'exercice des fabricants et grossistes reconnus dans leurs activités relatives à la détermination du prix des médicaments remboursables dans le cadre du régime public. Depuis le 18 avril 2007, l'indexation permise par la Politique du médicament suit l'évolution de l'indice des prix à la consommation. Il est passé de 2,03 % en 2007 à 1,21 % en 2008. Afin d'atténuer l'effet de la hausse des coûts des médicaments sur le régime public et ses assurés, les fabricants qui demandent une hausse de prix devront conclure une entente de contribution compensatoire avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ententes avec les fabricants

La loi introduit la possibilité de conclure avec les fabricants de médicaments des ententes de partage de risques financiers portant sur des médicaments particuliers et des ententes prévoyant la mise en place de mesures compensatoires.

Au 31 mars 2008, 12 ententes étaient en vigueur. Elles concernaient 55 fabricants et ont été conclues en vertu de l'article 52.1 de la Loi sur l'assurance médicaments. La plupart de ces ententes ont pris effet en 2007-2008, et une somme de 2,04 M$ a été versée par les fabricants durant cet exercice conformément à ces ententes. Cette somme représente une mesure compensatoire visant la hausse de prix de 766 produits innovateurs durant la même période.

Maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique

La marge bénéficiaire consentie à un grossiste reconnu est un pourcentage du prix de vente garanti des médicaments. Elle sert à couvrir les frais de distribution et à assurer l'accessibilité des médicaments à l'ensemble des citoyens. Près d'une dizaine de grossistes sont reconnus par le ministre. Avant le dépôt de la Politique du médicament, la marge bénéficiaire variait d'un grossiste à l'autre. Depuis le 22 février 2008, cette marge, prévue au Règlement sur la reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments, a été uniformisée à 6 % du prix de vente garanti des médicaments achetés auprès des fabricants reconnus et inscrits à la *Liste de médicaments*. Cette marge est maintenant limitée à 24 $ pour certains médicaments coûteux.

6. L.Q., 2005, chapitre 40.

Avantages autorisés à un pharmacien

Un fabricant de médicaments doit soumettre un prix de vente garanti pour chacun des médicaments inscrits à la *Liste de médicaments*. Par son engagement, il doit respecter ce prix de vente garanti. Le remboursement au pharmacien propriétaire est basé sur ce prix de vente garanti, auquel on doit soustraire toute ristourne ou tout rabais consenti par le fabricant au pharmacien. Ainsi, avant le 4 novembre 2007, un remboursement au pharmacien propriétaire selon ce prix de vente garanti signifiait qu'aucune ristourne ou qu'aucun rabais sous quelque forme que ce soit ne devait être versé au pharmacien par le fabricant de médicaments.

Toutefois, depuis cette date, le fabricant peut verser au pharmacien propriétaire certains avantages autorisés en vertu d'un règlement adopté à cet effet. Ces avantages, lorsque versés conformément au règlement, ne modifient pas le remboursement fait au pharmacien propriétaire selon le prix de vente garanti du fabricant. La nature de ces avantages est prévue au règlement et varie selon qu'il s'agit de fabricants de médicaments innovateurs ou génériques. Dans le cas du fabricant de médicaments innovateurs, il n'y a pas de limite à la valeur des avantages autorisés versés alors que, pour le fabricant de médicaments génériques, la valeur des avantages autorisés versés ne doit pas être supérieure à 20 % de la valeur totale des ventes du fabricant au pharmacien propriétaire. De façon à s'assurer du respect de la limite prévue des avantages autorisés versés, chaque fabricant de médicaments génériques doit déposer à la Régie un rapport au plus tard le 1er mars pour l'année se terminant le 31 décembre précédent. Ce rapport doit porter sur les ventes réalisées ainsi que les avantages consentis durant la même période. L'information requise doit être fournie pour chacune des pharmacies communautaires concernées.

Les annexes

Cette partie regroupe des renseignements complémentaires qui permettent de mieux comprendre la Régie et son mode de fonctionnement (lois et règlements qu'elle applique, programmes qu'elle administre, renseignements financiers concernant l'évolution des coûts de ces programmes au cours des cinq dernières années), en plus de présenter les outils de gouvernance qui la guident dans l'accomplissement de sa mission (code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, recours en cas d'insatisfaction, tableau synthèse du plan stratégique 2004-2009).

1- Les lois et règlements principaux qu'applique la Régie 103

2- Les programmes administrés par la Régie 105

3- Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 112

4- Les recours en cas d'insatisfaction 117

5- Le plan stratégique 2004-2009 (tableau synthèse) 120

6- Les renseignements financiers relatifs aux programmes administrés par la Régie 122

LES LOIS ET RÈGLEMENTS PRINCIPAUX QU'APPLIQUE LA RÉGIE

Lois et règlements pour l'administration et l'application du régime d'assurance maladie et de tout autre programme que la loi ou le gouvernement confie à la Régie

- Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5).
- Règlements relatifs à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec :
  - Règlement [de la Régie] sur les conditions de transmission d'un document à la Régie de l'assurance maladie du Québec au moyen d'un support informatique ou par télécommunication (c. R-5, r.0.1 : décret 534-95 du 12 avril 1995);
  - Règlement [gouvernemental] sur les cotisations au régime d'assurance maladie du Québec (R.R.Q., 1981, c. R-5, r.1);
  - Règlement [gouvernemental] sur les cotisations au régime général d'assurance médicaments (c. R-5, r.1.1 : décret 1454-99 du 15 décembre 1999);
  - Règlement [de la Régie] de régie interne de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. R-5, r.4 : décret 125-84 du 18 janvier 1984).
- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29).
- Règlements relatifs à la Loi sur l'assurance maladie :
  - Règlement [gouvernemental] sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. A-29, r.0.01 : décret 1470-92 du 30 septembre 1992);
  - Règlement [gouvernemental] sur les aides auditives et les services assurés (c. A-29, r.0.02 : décret 869-93 du 16 juin 1993);
  - Règlement [gouvernemental] sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r.0.02.1 : décret 1403-96 du 13 novembre 1996);
  - Règlement [gouvernemental] sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r.0.03 : décret 612-94 du 27 avril 1994);
  - Règlement [gouvernemental] sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives (c. A-29, r.0.1 : décret 609-90 du 2 mai 1990);
  - Règlement [gouvernemental] d'application de la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., 1981, c. A-29, r.1);
  - Règlement [de la Régie] sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., 1981, c. A-29, r.2);
  - Règles sur les honoraires et les allocations des membres des comités de révision et les frais administratifs afférents à ces comités (c. A-29, r.2.1 : décret 419-2005 du 4 mai 2005);
  - Liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (c. A-29, r.3.4 : arrêté ministériel 96-07 du 28 novembre 1996);
  - Rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession (c. A-29, r.4 : décret 1781-93 du 8 décembre 1993);
  - Tarifs des aides auditives et des services assurés (c. A-29, r.6 : décision du 8 février 2006).
- Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01).

- Règlements relatifs à la Loi sur l'assurance médicaments :
  - Règlement sur les avantages autorisés à un pharmacien (c. A 29.01, r.1.01 : décret 898-2007 du 17 octobre 2007);
  - Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments (c. A-29.01, r.1.1 : arrêté ministériel 1992 du 6 juillet 1992);
  - Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01, r.1.2 : arrêté ministériel 2007-005 du 1er juin 2007);
  - Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01, r.2 : décret 1519-96 du 4 décembre 1996).
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) :
  - Règlement sur la contribution des usagers pris en charge par les ressources intermédiaires (c. S-4.2, r.0.2.1 : décret 98-2001 du 7 février 2001);
  - Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (R.R.Q., 1981, c. S-5, r.1).

Lois et règlements pour l'attribution des contrats

- Loi sur l'administration financière (L.R.Q., c. A-6.001).
- Loi sur l'administration publique (L.R.Q., c. A-6.01) :
  - Règlement sur les contrats d'approvisionnement, de construction et de services des ministères et des organismes publics (c. A-6.01, r.0.03 : décret 961-2000 du 16 août 2000).
- Loi sur le Centre de services partagés du Québec (L.R.Q., c. C-8.1.1).
- Loi sur les services gouvernementaux aux ministères et organismes publics (L.R.Q., c. S-6.1).
- Loi sur Services Québec (L.R.Q., c. S-6.3).

Lois et règlements d'application générale

À titre d'exemples :

- Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (c. M-30, r.0.1 : décret 824-98 du 17 juin 1998) :
  - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie (adopté par le conseil d'administration de la Régie le 13 octobre 1999).
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) :
  - Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements personnels (c. A-2.1, r.1.1 : décret 1856-87 du 9 décembre 1987).
- Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28) :
  - Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (R.R.Q., 1981, c. A 28, r.1).
- Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (L.R.Q., c. G-1.02).

LES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE

A. Programmes administrés et appliqués par la Régie en vertu de la Loi sur l'assurance maladie

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Services médicaux		
• déterminés par la Loi sur l'assurance maladie	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour toutes les personnes assurées		
• pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1er février 1986	CSST[1]
Services optométriques		
• déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour les personnes assurées de moins de 18 ans et celles de 65 ans ou plus	26 mai 1993	
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	15 mai 1992	
• pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles[2]	1er octobre 1975	
• pour toutes les personnes assurées : examen partiel de la vision	9 septembre 1992	
• pour les personnes assurées de 16 ans ou moins : examen d'orthoptique	1er mars 1985	
Services de chirurgie buccale		
• déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour toutes les personnes assurées		
Services dentaires		
• déterminés par règlement	1er mai 1974	Fonds des services de santé
• pour les enfants		
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	4 avril 1979	

1. Commission de la santé et de la sécurité du travail.
2. Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (L.R.Q. c. A-13.1.1).

A. Programmes administrés et appliqués par la Régie en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Médicaments et services pharmaceutiques		
• déterminés par règlement et inscrits sur la *Liste de médicaments*	1er août 1972	Fonds de l'assurance médicaments
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours		
• pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles	1er octobre 1975	Fonds de l'assurance médicaments
• pour les personnes de 65 ans ou plus qui n'adhèrent pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle ou qui ne sont pas bénéficiaires d'un tel contrat ou d'un tel régime	1er janvier 1997	Fonds de l'assurance médicaments
• pour toute personne qui n'a pas accès à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, ou de toute autre occupation habituelle ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire	1er janvier 1997	Fonds de l'assurance médicaments
Appareils suppléant à une déficience physique		
• déterminés par règlement	1er juillet 1975	Fonds des services de santé
• pour toute personne ayant une déficience physique, selon les conditions prévues par le règlement		
Aides visuelles		
• déterminées par règlement	30 novembre 1977	Fonds des services de santé
• pour les personnes aveugles et celles qui ont une basse vision, et qui sont inaptes à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement familier		
Aides auditives et aides de suppléance à l'audition		
• déterminées par règlement	22 août 1979	Fonds des services de santé
• pour toute personne ayant une déficience auditive, selon les conditions prévues par le règlement		
Bourses de recherche		
• déterminées par règlement	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
• pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé		
Bourses d'études		
• déterminées par règlement	11 juin 1975	Fonds des services de santé
• pour des étudiants en médecine, contre engagement à fournir, dès la fin de leur formation médicale, des services assurés dans un territoire désigné par le ministre		
• pour les résidents en médecine familiale	20 novembre 1985	

B. Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec

Programmes	Entrée en vigueur	Sources du financement	Décrets et accords[3]
Prothèses mammaires externes pour les femmes ayant subi une mastectomie totale ou radicale, ou ayant une absence totale de formation du sein			
• versement tous les deux ans du montant forfaitaire pour compenser le coût lié à l'achat ou au remplacement d'une prothèse mammaire	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord MSSS[4]-RAMQ[5] Décret 1177-96
• remboursement tous les deux ans du coût excédant le montant forfaitaire aux prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er mars 1993		Accord MESS[6]-RAMQ Décret 1187-96
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	MSSS	Accord MSSS-RAMQ AC-4835-75
Prothèses oculaires pour les personnes assurées ayant besoin d'un œil artificiel			
• allocation pour l'achat ou le remplacement d'une prothèse, et montant forfaitaire pour son entretien et sa réparation	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1272-98
• remboursement du coût lié à l'achat, au remplacement ou à l'entretien qui excède l'allocation maximale pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er mars 1993		Accord MESS-RAMQ Décret 1273-98
Appareils fournis aux stomisés permanents			
• remboursement d'un montant compensatoire annuel à toutes les personnes assurées	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1383-91
• remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux prestataires d'une aide financière de dernier recours			Accord MESS-RAMQ Décret 430-96
Services hospitaliers fournis dans une province à des malades hospitalisés ou externes, domiciliés dans une autre province	1er octobre 1981	Recouvrements de la province où se trouve le domicile	Accord MSSS-RAMQ Décret 1405-87

3. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2008.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
5. Régie de l'assurance maladie du Québec.
6. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

B. Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources du financement	Décrets et accords[7]
Prothèses dentaires acryliques fournies par les denturologistes pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	9 avril 1979	Fonds des services de santé	Accord MESS-RAMQ Décret 427-96
Services optométriques fournis aux personnes ayant une déficience visuelle			
• âgées de 18 ans ou plus mais de moins de 65 ans et inscrites dans un centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience visuelle	15 mai 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1225-99
Rémunération des résidents en médecine	3 septembre 1978	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1146-87
Médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes atteintes d'infections transmissibles sexuellement	1er avril 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 972-96
Paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique	1er septembre 1988	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1053-90
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant versé une prime en vertu d'un accord avec le ministre de la Santé et des Services sociaux	1er novembre 1976	Primes payées par les ressortissants étrangers	Accord MSSS-RAMQ Décret 2547-82 Décret 608-83 Décret 474-95
Rémunération de certains services professionnels fournis par un médecin et couverts par la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles	1er mai 1989	MESS	Accord MESS-RAMQ Décret 435-91
Rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public	15 avril 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1296-92
Rémunération du médecin pour le prélèvement sanguin et la rédaction du certificat prévus par le Code criminel	1er septembre 1990	Fonds des services de santé	Accord MSP[8]-RAMQ Décret 144-91

7. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2008.

8. Ministère de la Sécurité publique.

B. Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources du financement	Décrets et accords[9]
Rémunération des professionnels de la santé pour les biens et les services rendus en vertu de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels	1er janvier 1981	CSST	Accord RAMQ-CSST Décret 3246-81
Médicaments et services pharmaceutiques dans le cadre du programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et dans les établissements privés non conventionnés • pour les personnes âgées de 65 ans ou plus	1er février 1994	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1187-97
Rémunération des dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique	1er avril 1996	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 848-96
Médicaments et services pharmaceutiques pour la chimioprophylaxie et pour le traitement de la tuberculose	17 février 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 98-97
Rémunération des optométristes travaillant dans les centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle	1er janvier 1997	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 749-97
Rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec	1er avril 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 377-99
Gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence offerts en pharmacie	17 décembre 2003	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 983-2003
Remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	23 mars 2004	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1283-2003

9. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2008.

B. Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (suite)[10]

Programmes	Entrée en vigueur	Sources du financement	Décrets et accords[11]
Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent	1er mai 1988	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1230-88
Tierce responsabilité visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par la Loi sur l'assurance-hospitalisation	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord MSSS-RAMQ Décret 609-83
Rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er février 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-MESS-RAMQ Décret 1233-91
Rémunération des médecins de la Corporation d'Urgences-santé du Montréal métropolitain assignés à témoigner	1er mai 1990	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 407-90
Rémunération des médecins pour leur présence à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	18 décembre 1991 (médecins spécialistes) 16 juin 1992 (médecins omnipraticiens)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1610-92
Rémunération des médecins exerçant à titre de médecin-conseil ou de coordonnateur des services préhospitaliers auprès des agences de la santé et des services sociaux ou à titre de membre d'une commission médicale régionale	1er octobre 1995 (médecins spécialistes) 1er janvier 1995 (médecins omnipraticiens)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1189-97
Exonération financière pour les services d'aide domestique	1er septembre 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 925-99
Aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC)	28 juin 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 863-99 Décret 300-2004

10. La Régie administre aussi des programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services.

11. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2008.

C. Fonctions déléguées à la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec

Programmes	Entrée en vigueur	Sources du financement	Décrets et accords[12]
Contribution financière des adultes hébergés	1er septembre 1997	MSSS	Ententes MSSS-RAMQ et MESS-RAMQ Décret 520-99
Contribution des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire	1er avril 2001	MSSS	Entente MSSS-RAMQ Décret 341-2001

12 Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2008.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie a été adopté le 13 octobre 1999.

1. Valeurs fondamentales du conseil d'administration

Diverses valeurs fondamentales guident les actions et les décisions des membres du conseil d'administration dans la façon de gérer les relations que la Régie doit entretenir avec les citoyens, les personnes assurées, les professionnels de la santé, les dispensateurs de services, ses employés et ses divers partenaires. Agir avec intégrité signifie agir de façon conforme à ces valeurs fondamentales, en tenant compte des circonstances.

Qualité du service

Les membres du conseil s'appliquent, par leurs décisions, à favoriser un service de qualité aux divers clients de la Régie (personnes assurées, professionnels, dispensateurs de services, partenaires), au meilleur coût possible et dans des délais raisonnables. De plus, ils visent à ce que l'organisation puisse garantir l'exactitude des données, élément essentiel pour mener à bien sa mission.

Ils tendent également, par leurs décisions, à encourager le traitement courtois et équitable des citoyens, des professionnels, des dispensateurs de services, des employés et des partenaires de la Régie.

Efficacité et efficience

Les membres du conseil visent à assurer, par leurs décisions, l'utilisation optimale des ressources humaines, financières et techniques de la Régie en vue de la réalisation de sa mission. Ils visent également à assurer une efficacité optimale du conseil d'administration lui-même, par leur assiduité et par la qualité de leur participation.

La contribution des membres aux réunions du conseil et, par conséquent, à la réalisation de la mission de la Régie est déterminante. Afin de prendre part efficacement aux travaux du conseil, les membres veillent à être assidus aux réunions, à s'y préparer adéquatement et à participer aux débats au mieux de leur compétence.

La contribution des membres aux travaux du conseil se fait dans le respect du droit et avec loyauté, prudence et diligence. Les membres demandent au président tout renseignement qu'ils jugent utile au sujet des activités de la Régie afin de s'acquitter efficacement de leur mandat. Ils favorisent aussi la collaboration entre eux et avec le président-directeur général de la Régie.

Afin de faciliter la discussion et la prise de décision au conseil, chacun voit à observer la plus grande discrétion quant aux discussions qui y ont cours.

Respect des personnes et protection des renseignements personnels

Dans le cadre de sa mission, la Régie gère de grandes quantités de données, tant sur l'ensemble de la population que sur les dispensateurs de soins de santé et d'autres services, ainsi que sur les services pour lesquels les dispensateurs sont rémunérés. Ce rôle s'avère crucial, non seulement pour la Régie elle-même dans l'accomplissement de sa mission, mais aussi pour la gestion du système de santé dans son ensemble.

Tout en visant à répondre efficacement aux besoins d'information et à rendre l'information accessible aux personnes et aux organismes qui y ont droit, la Régie a pour priorité d'assurer la protection de la confidentialité des renseignements personnels qu'elle administre. Cette préoccupation est constante, et les membres du conseil reconnaissent

qu'il s'agit là d'un élément essentiel permettant de garantir le respect des personnes, l'intégrité de la Régie à titre d'organisme public et la préservation du lien de confiance qui l'unit aux citoyens québécois.

Par ailleurs, les membres veillent à agir avec impartialité et équité. Dans leurs discussions et leurs décisions, ils s'assurent de ne manifester ni préférence ni parti pris, et d'éviter toute discrimination illicite fondée sur les motifs énoncés dans la Charte des droits et libertés de la personne.

Honnêteté et désintéressement

Les membres du conseil s'appliquent à exercer leurs fonctions et à prendre leurs décisions dans l'intérêt du public, tout en tenant compte des contraintes matérielles et financières existantes. Ils s'abstiennent de se laisser influencer par des considérations extérieures et évitent de se placer dans une situation où ils pourraient être portés à préférer leur intérêt personnel ou celui de leurs proches à l'intérêt de la Régie ou du public, qu'il s'agisse d'une situation de conflit d'intérêts réel ou potentiel.

L'apparence de conflit d'intérêts peut être tout aussi dommageable à la crédibilité de la Régie et des membres en cause qu'une situation de conflit réel. Afin de préserver la confiance du public dans la Régie, il importe également que les membres ne se placent pas dans des situations où une apparence de conflit d'intérêts serait de nature à jeter un doute raisonnable sur leur capacité de s'acquitter correctement de leurs fonctions.

Reddition de comptes

La Régie est un organisme public et, à ce titre, les membres du conseil reconnaissent qu'ils doivent rendre compte de leurs décisions au gouvernement ainsi qu'au public en général. Ils reconnaissent aussi qu'ils doivent être en mesure de justifier la conduite qu'ils adoptent dans l'exercice de leurs fonctions et de faire preuve de transparence.

2. Règles en matière de conflit d'intérêts

Détermination de situations de conflit d'intérêts

Il incombe aux membres du conseil de prendre les mesures nécessaires pour éviter les situations de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent et d'organiser leurs affaires personnelles en conséquence. Lorsqu'une telle situation survient en dehors de leur volonté, ils doivent la divulguer immédiatement et y remédier sans tarder.

Ainsi, les membres du conseil doivent s'assurer de n'avoir dans aucune entreprise un intérêt direct ou indirect qui pourrait placer leur intérêt personnel en conflit avec celui de la Régie, sous peine de déchéance de charge. Il est toutefois permis aux membres de recevoir des honoraires pour des soins professionnels prodigués dans l'exercice de leurs fonctions.

Lorsqu'ils se retrouvent en conflit d'intérêts en raison d'une succession ou d'une donation, les membres doivent y renoncer ou en disposer avec diligence. Ils ne peuvent, dans le but de contourner les présentes règles, ni vendre ni céder les biens litigieux à des personnes avec lesquelles ils ont un lien de dépendance ou à un membre de leur famille.

Advenant que le président se trouve dans une situation présentant un risque réel ou potentiel de conflit d'intérêts parce qu'il détient un intérêt et que cela est incompatible avec ses fonctions, il doit se dessaisir de cet intérêt dans les 120 jours suivant sa nomination. Il peut soit le vendre à un tiers avec qui il n'a aucun lien de dépendance, soit le déposer en fiducie.

Les situations suivantes peuvent également constituer des conflits d'intérêts :

- avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de la Régie;
- obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision de la Régie;
- avoir une réclamation litigieuse contre la Régie;
- se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

Déclaration d'intérêts

Au moment de leur nomination, les membres du conseil doivent remettre au président une déclaration écrite l'informant des situations qui pourraient avoir un lien direct avec les activités de la Régie et donner lieu à un conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent.

Si les membres eux-mêmes ou un de leurs proches détiennent directement ou indirectement dans un organisme, une entreprise ou une association un intérêt susceptible de les placer dans une situation de conflit d'intérêts, ils doivent le déclarer en précisant les droits qu'ils peuvent faire valoir contre la Régie ainsi que leur nature et leur valeur.

De même, les membres qui se trouvent en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent en cours de mandat doivent le signifier par écrit au président dans les meilleurs délais.

Dès qu'il en est informé, le président doit établir s'il y a conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent.

S'il y a conflit d'intérêts, les membres en cause doivent s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'objet du conflit et éviter d'influencer cette décision. Ils doivent également se retirer de la réunion pendant les délibérations et le vote relatifs à la question qui les place en conflit d'intérêts. Le procès-verbal doit faire état de leur absence ou de leur abstention de participer aux discussions.

Le président peut décider de toute mesure additionnelle jugée appropriée pour assurer la primauté de l'intérêt public et préserver l'intégrité de la Régie et la confiance du public.

Il est possible qu'une telle déclaration d'intérêts soit faite pendant une réunion du conseil. Dans un tel cas, le procès-verbal doit en faire état ainsi que des mesures décidées par le président à cet effet.

Confidentialité des déclarations des administrateurs

Il incombe au secrétaire du conseil de veiller à ce que les renseignements transmis par les membres au président au sujet des situations pouvant donner lieu à un conflit d'intérêts demeurent confidentiels. Tous les documents sont versés à des dossiers personnels spéciaux créés à cet effet et gardés en sécurité au bureau du secrétaire général de la Régie. À moins que la Loi sur le ministère du Conseil exécutif n'en dispose autrement, les seules personnes ayant accès à ces documents sont le président et le secrétaire du conseil ou leurs représentants. De plus, tout document ayant trait aux activités des membres est conservé sous pli cacheté.

Cadeaux, faveurs et avantages

Afin de préserver l'indépendance et le désintéressement essentiels à l'exercice des fonctions d'administrateur public et d'éviter toute situation de conflit d'intérêts réel ou potentiel, les membres du conseil doivent être particulièrement vigilants face aux cadeaux ou avantages qui leur sont offerts par des tiers.

Ainsi, il leur est interdit d'accepter un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise ou d'un organisme qui traite ou souhaite traiter avec la Régie, à l'exception des cadeaux d'usage et de peu de valeur. Dans les cas où ils se verraient offrir un cadeau, une marque d'hospitalité ou un autre avantage pour un geste accompli dans l'exercice de leurs fonctions, ils doivent également le refuser à moins qu'il soit d'usage et d'une valeur modeste. Afin d'éviter les situations ambiguës, il est préférable que les membres précisent clairement l'existence de ces règles à toute personne qui exprimerait l'intention de leur offrir un cadeau ou une marque d'hospitalité. Les membres ne peuvent en aucun cas accepter de l'argent.

Tout cadeau ou tout autre avantage reçu en contravention avec ces règles doit être remis au donateur ou à l'État.

Les membres du conseil doivent s'abstenir d'accorder, de solliciter ou d'accepter une faveur ou un avantage indu pour eux-mêmes ou pour un tiers. Ils doivent aussi éviter d'utiliser leur fonction d'administrateur de la Régie afin d'influencer une décision en leur faveur ou de procurer un avantage indu à un tiers.

3. Règles en matière de confidentialité de l'information

Confidentialité des données

Les membres du conseil d'administration reconnaissent l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et s'assurent que leurs décisions et leurs activités respectent cette confidentialité ainsi que la législation à ce sujet.

Confidentialité de l'information obtenue dans l'exercice de leurs fonctions

Les membres doivent respecter le caractère confidentiel de toute information qu'ils obtiennent dans l'exercice de leurs fonctions. Ceux qui représentent un groupe d'intérêts particulier ou qui y sont liés peuvent toutefois demander au président l'autorisation de dévoiler certains renseignements précis afin de consulter ce groupe ou de lui faire rapport sur une question déterminée.

Par ailleurs, les membres doivent éviter de faire en sorte que l'information confidentielle qu'ils obtiennent dans l'exercice de leurs fonctions soit utilisée à des fins personnelles, au projet d'un tiers ou de façon préjudiciable à la Régie.

4. Règles diverses

Utilisation des biens de la Régie

Les membres doivent s'abstenir d'utiliser directement ou indirectement les biens de la Régie à leur profit ou au profit d'un tiers.

Considérations politiques et réserve

Le président doit faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques. De plus, s'il a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective, il doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif et se démettre de ses fonctions.

Afin de préserver l'intégrité et l'impartialité de la Régie et de ses membres, et de s'assurer d'agir dans l'intérêt du public, les membres du conseil doivent prendre leurs décisions indépendamment de toute considération politique partisane.

Rémunération

Le président doit s'abstenir de recevoir quelque avantage, ristourne ou commission que ce soit, en plus de la rémunération à laquelle il a droit. De même, les membres du conseil doivent s'abstenir de recevoir quelque somme que ce soit en plus du remboursement de leurs frais de déplacement.

5. Règles applicables en cas de cessation des fonctions

Par souci d'équité et afin de préserver le lien de confiance du public envers la Régie, il importe de prévenir les situations de conflits d'intérêts réels ou apparents impliquant d'anciens membres du conseil, d'éviter qu'ils puissent bénéficier d'un traitement de faveur ou d'un avantage indu après la cessation de leurs fonctions et d'assurer la protection de la confidentialité des informations auxquelles ils ont eu accès.

Pour ces raisons, les membres du conseil qui ont cessé d'exercer leurs fonctions doivent :

- s'abstenir de tirer un avantage indu de leurs fonctions antérieures au sein de la Régie;
- s'abstenir de dévoiler des informations confidentielles qu'ils ont obtenues dans l'exercice de leurs fonctions;
- s'abstenir d'agir, dans l'année qui suit la fin de leurs fonctions, au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle la Régie est partie et sur laquelle ils détiennent de l'information non accessible au public.

6. Conseiller en éthique et en déontologie

Le secrétaire du conseil agit comme conseiller en éthique et en déontologie auprès des membres du conseil. Il doit les informer du contenu et des modalités d'application du code. Il a également pour responsabilité de faire enquête sur réception d'allégations d'irrégularités et de faire rapport au président du conseil d'administration à ce sujet. Enfin, il voit à faire publier dans le rapport annuel de la Régie le présent code ainsi que tout autre renseignement exigé par la Loi sur le ministère du Conseil exécutif.

7. Processus disciplinaire et sanctions

Les membres du conseil doivent, pour demeurer en fonction, observer les règles et les principes exposés dans ce code. Au moment de leur nomination, les membres doivent signer un document attestant qu'ils ont lu et compris le présent code et le règlement sur l'éthique, et qu'ils s'engagent à les respecter. La signature de l'attestation par les membres déjà en fonction doit se faire dans les 60 jours suivant l'entrée en vigueur du présent code.

Le processus disciplinaire est précisé au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics. Les membres du conseil auxquels on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie peuvent présenter des observations et, s'ils en font la demande, être entendus à ce sujet.

Les sanctions imposées aux membres qui ont contrevenu aux principes d'éthique et aux règles de déontologie tiennent compte de la nature et de la gravité de la faute. Toute sanction imposée à un membre est écrite et motivée.

LES RECOURS EN CAS D'INSATISFACTION

Le personnel de la Régie a le souci de fournir des services de qualité. L'amélioration des services s'inscrit dans une démarche continue et se traduit par une recherche permanente de nouveaux moyens d'améliorer les façons de faire au sein de l'organisation.

Des recours pour les personnes assurées

Si une personne assurée est insatisfaite, elle dispose de différents recours :

- elle peut demander à s'adresser au supérieur immédiat de l'employé qui lui a répondu et, si la Régie a commis une erreur ou une faute, elle s'efforcera d'y remédier de façon équitable;
- si la personne est en désaccord avec une décision de la Régie, elle peut, dans un délai de six mois, demander la révision de son dossier;
- elle peut porter plainte auprès du commissaire aux plaintes des personnes assurées.

Le rôle du commissaire est de défendre les intérêts de la personne assurée devant l'administration de la Régie et de voir à ce qu'elle obtienne les services auxquels elle a droit. La personne lui expose alors les faits par téléphone ou par écrit, et lui fournit, s'il y a lieu, les renseignements et les documents nécessaires à l'étude de sa plainte.

Le commissaire traite généralement la plainte dans un délai de 10 jours. Au besoin, il avise la personne si un délai supplémentaire lui est nécessaire.

On peut communiquer de diverses façons avec le commissaire aux plaintes des personnes assurées :

Par téléphone

À Québec : 418 682-5145
Ailleurs (sans frais) : 1 888 899-2121

Par courriel

commissaireauxplaintes@ramq.gouv.qc.ca

Par télécopieur

418 646-1962

Par la poste

Commissaire aux plaintes des personnes assurées
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Si la personne n'obtient toujours pas satisfaction, elle peut s'adresser au Protecteur du citoyen. Cet organisme étudie les plaintes de la population de façon neutre et sans préjugés. Il interviendra auprès de la Régie pour l'inviter à corriger toute erreur ou injustice qu'il aura pu constater. On peut lui présenter une plainte en écrivant à l'une des adresses suivantes :

Protecteur du citoyen
525, boulevard René-Lévesque Est, bureau 1.25
Québec (Québec) G1R 5Y4
ou
1, rue Notre-Dame Est, bureau 11.40
Montréal (Québec) H2Y 1B6

Des recours pour les professionnels de la santé

En cas d'insatisfaction, le professionnel de la santé peut communiquer avec un préposé de la Régie. Si la réponse obtenue ne le satisfait pas, il peut porter sa plainte à l'attention de la Direction des services à la clientèle professionnelle, en lui écrivant à l'adresse suivante :

Direction des services à la clientèle professionnelle
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Si le professionnel demeure insatisfait du traitement de sa plainte, il peut s'adresser à sa fédération médicale ou à son association professionnelle. Les représentants de cette dernière et ceux de la Régie s'efforceront de trouver ensemble une solution au problème.

Les recours dont dispose le professionnel qui désire contester une décision de la Régie sont prévus par entente négociée entre l'association professionnelle dont il est membre et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

LE PLAN STRATÉGIQUE 2004-2009 (tableau synthèse)

LA MISSION

La Régie de l'assurance maladie du Québec administre les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi qu'un ensemble de programmes complémentaires. À cet effet, elle informe la population sur les services offerts, gère l'admissibilité aux régimes et aux programmes qu'elle administre et rémunère les professionnels de la santé pour les soins et les services rendus aux personnes assurées. De plus, elle fait en sorte que l'expertise et l'information qu'elle détient soient mises au service du ministre ainsi que des chercheurs et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

LES ENJEUX

L'adaptation des services aux attentes des clients et à l'évolution de l'environnement externe

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

1 Offrir des services de qualité, de façon efficace et performante

LES AXES D'INTERVENTION

L'instauration d'une vision organisationnelle des services

La modernisation de la prestation de services

LES OBJECTIFS, INDICATEURS ET CIBLES STRATÉGIQUES

1.1 D'ici 2008, élaborer une stratégie de services basée sur la connaissance de la clientèle et de l'environnement externe, en vue d'améliorer la prestation des services
- Stratégie de services approuvée par la haute direction et partagée avec le personnel (cible : le 31 mars 2005)
- Nombre de groupes de clients ciblés dont les attentes sont connues, et la satisfaction à l'égard des services mesurée (cible : 16, au 31 mars 2008)

1.2 D'ici 2005, actualiser la stratégie de développement des services en ligne de la Régie en tenant compte des orientations gouvernementales
- Plan de développement approuvé pour l'ensemble des services de la Régie qui peuvent être mis en ligne (cible : le 31 mars 2005)

1.3 Dès 2004, entreprendre la modernisation des principaux processus de prestation de services de la Régie, en vue de les simplifier et d'en améliorer l'efficience et les contrôles
- Modalités d'application des ententes de rémunération révisées (cible : le 31 mars 2006)
- **Processus de rémunération des professionnels de la santé modernisé pour trois groupes de clients (cible : le 31 mars 2009)**
- Plans de modernisation approuvés pour les processus en admissibilité à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments, et les programmes d'aides techniques (cible : le 31 mars 2006)
- **Degré d'avancement de la modernisation des processus en admissibilité à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments, et des programmes d'aides techniques (cible : 100 % au 31 mars 2009)**
- Registre de personnes assurées consolidé (cible : le 31 mars 2006)

1.4 D'ici 2008, offrir cinq services en ligne aux personnes assurées, entre autres pour l'inscription à l'assurance médicaments
- Nombre de services mis en ligne (cible : 5, au 31 mars 2008)

1.5 D'ici 2008, mettre en ligne 15 autres services pour les professionnels de la santé, notamment pour la consultation et la mise à jour de leur dossier d'admissibilité et de facturation ainsi que pour l'autorisation préalable de médicaments d'exception
- Nombre de services mis en ligne (cible : 15, au 31 mars 2008)

1.6 D'ici 2009, améliorer les communications avec les clientèles et l'information qui leur est fournie
- Pourcentage des communications écrites destinées aux personnes assurées qui ont été révisées et simplifiées (cible : 100 % au 31 mars 2008)
- **Refonte du site Internet s'adressant aux professionnels de la santé (cible : le 31 mars 2009)**
- Pourcentage de la correspondance transmise par courrier électronique sécurisé aux professionnels de la santé inscrits aux services en ligne (cible : 100 % au 31 mars 2008)

1.7 D'ici 2005, établir une approche de gestion des risques permettant d'adapter les mesures de contrôle nécessaires à une bonne gestion des programmes
- Approche de gestion des risques établie et partagée par l'ensemble des gestionnaires (cible : le 31 mars 2005)
- **Nombre de processus modernisés ayant fait l'objet d'une analyse de risques (cible : 4, au 31 mars 2009)**

LA VISION

La Régie de l'assurance maladie du Québec désire, avec le soutien de son personnel, accentuer son rôle de partenaire dans la gestion et l'évolution du système de santé et de services sociaux.

L'évolution harmonieuse du système de santé et de services sociaux

2 Contribuer activement à l'évolution du système québécois de santé et de services sociaux

La mise à profit de l'expertise et de l'information détenues par la Régie

2.1 Contribuer à l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux

- Pourcentage des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui ont ratifié une entente de communication de renseignements avec la Régie (cible : 100 % au 31 mars 2008)
- Nombre de services mis en ligne pour soutenir les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux dans l'identification des usagers (cible : 3, au 31 mars 2009)
- Pourcentage des pharmacies privées d'une région ciblée qui se sont dotées des systèmes requis pour communiquer à la Régie les renseignements sur les médicaments délivrés aux personnes assurées[1] (cible : 100 % au 31 mars 2009)
- Nombre de services mis en ligne pour rendre disponibles les renseignements conservés par la Régie qui concernent les médicaments délivrés aux usagers (cible : 4, au 31 mars 2009)
- Nombre de services mis en ligne pour soutenir l'accès et la gestion du consentement des usagers au dossier de santé ainsi que l'identification et l'authentification rigoureuse des intervenants habilités à accéder aux renseignements de santé (cible : 3, au 31 mars 2009)

2.2 D'ici 2008, améliorer l'accessibilité à l'information statistique et accroître l'offre d'expertise aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux

- Refonte réalisée de la section du site Internet portant sur les rapports d'études et les statistiques (cible : le 31 mars 2008)
- Pourcentage de participation aux rencontres d'échange prévues dans le cadre du suivi continu de l'application des ententes de rémunération (cible : 100 % des rencontres prévues)
- Nombre de propositions concernant l'évaluation de la qualité ou le recyclage d'aides techniques (cible : 8, au 31 mars 2008)

L'adaptation du personnel aux nouvelles façons de rendre les services

3 Faire de la Régie un milieu de travail valorisant, qui favorise les apprentissages et est axé sur la volonté et la satisfaction d'offrir des services de qualité

Le développement de la compétence du personnel

3.1 Dès 2004, axer le développement des compétences des gestionnaires sur la gestion des personnes

- Pourcentage des gestionnaires ayant un plan personnalisé de développement basé sur leur profil personnel de compétence en gestion des personnes (cible : 100 % au 31 mars 2008)
- Pourcentage des gestionnaires ayant obtenu une rétroaction de leurs employés sur leur gestion du personnel (cible : 75 % au 31 mars 2008)

3.2 Assurer le développement des compétences du personnel en favorisant la mobilité et en mettant en place, à compter de 2005, des programmes de formation destinés à soutenir les changements organisationnels

- Nombre de programmes de formation mis en place pour chaque processus modernisé (cible : 2, au 31 mars 2009)
- Pourcentage annuel des employés réguliers ayant participé à au moins une formation favorisant la mobilité (cible : 15 %)

☐ Dans le contexte de la prolongation d'une année du présent plan stratégique, une nouvelle cible a été établie pour cet indicateur.

1. L'indicateur qui suit a été quelque peu modifié : pourcentage des pharmacies privées qui se sont dotées des systèmes requis pour récupérer les ordonnances électroniques ainsi que pour communiquer à la Régie les renseignements sur les médicaments délivrés aux personnes qui ont donné leur consentement à la constitution de leur dossier de santé. C'est l'indicateur présenté dans le tableau ci-dessus qui est désormais considéré.

ANNEXE 6

LES RENSEIGNEMENTS FINANCIERS RELATIFS AUX PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé, le Fonds de l'assurance médicaments ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

Les sources de financement

(en milliers de dollars)

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Fonds des services de santé	3 307 810	3 534 903	3 542 714	3 706 630	3 952 185
Fonds de l'assurance médicaments	2 144 604	2 300 555	2 456 118	2 672 243	2 895 823
Gouvernement du Québec	267 185	270 648	284 754	309 521	337 472
Commission de la santé et de la sécurité du travail	78 427	74 030	77 891	85 067	87 821
Ententes réciproques avec les autres provinces	26 957	33 982	32 707	32 923	36 839
Autres sources	7 352	7 602	9 017	8 484	8 890
	5 832 335	**6 221 720**	**6 403 201**	**6 814 868**	**7 319 030**

Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé le 18 juin 1981 afin de répondre aux besoins financiers de la Régie pour l'administration des programmes qui lui sont confiés en lui transmettant les sommes nécessaires à l'équilibre des sources de financement et des dépenses relatives au régime d'assurance maladie.

Le Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments a pour objet d'assumer le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux ainsi qu'aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires d'une aide financière de dernier recours.

Le gouvernement du Québec

Conformément à des accords conclus avec la Régie, le gouvernement du Québec finance des programmes confiés principalement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont ceux concernant :

- la rémunération des résidents en médecine;
- les services hospitaliers rendus hors du Québec;
- l'exonération financière pour les services d'aide domestique;
- la rémunération des dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique;
- l'aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C;
- les services optométriques fournis aux personnes ayant une déficience visuelle;
- la contraception orale d'urgence et les médicaments fournis pour le traitement des infections transmissibles sexuellement.

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale assure le financement d'un programme de soutien financier qu'il a confié à la Régie.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui exercent leur profession dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail, c'est-à-dire :

- les paiements à l'acte pour les services assurés en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels et de la Loi visant à favoriser le civisme;
- les salaires et les vacations pour les services assurés en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

Les ententes réciproques avec les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec le coût des services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

Les autres sources

Diverses autres sources contribuent au financement de la Régie, principalement :

- le recouvrement, auprès des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie;
- la vente de services informatiques et de saisie de données;
- le remplacement de cartes d'assurance maladie perdues et la prise de photographies;
- le remboursement des frais engagés pour des enquêtes.

À ces sommes s'ajoutent les revenus provenant des primes versées par les ressortissants étrangers qui désirent bénéficier de l'assurance maladie, des sommes remboursées par les personnes non admissibles aux services assurés, de la location de places de stationnement, des intérêts bancaires et de créances, de la vente de biens et du remboursement de frais de recouvrement et de gestion de comptes.

Le coût des programmes

La Régie administre les programmes de services assurés qui sont déterminés par la Loi sur l'assurance maladie ainsi que le régime public d'assurance médicaments.

Elle administre aussi, pour le compte du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, des programmes qui lui sont confiés en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'évolution du coût des programmes au cours des cinq dernières années est présentée selon la classification utilisée aux états financiers, avant le recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers, au moyen de tableaux illustrés de graphiques.

Coût des programmes administrés par la Régie

(en milliers de dollars)

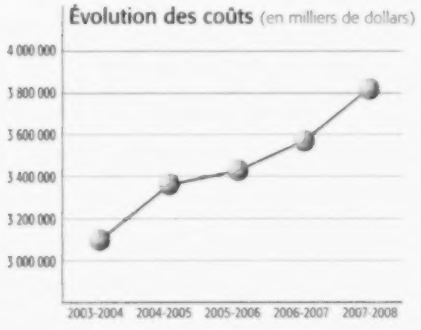
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Crédits d'assurance maladie					
Services médicaux	2 986 749	3 206 874	3 210 685	3 360 594	3 579 285
Médicaments et services pharmaceutiques	1 665 601	1 795 618	1 921 263	2 090 115	2 280 132
Aides techniques	97 762	102 493	109 337	127 667	129 192
Services dentaires	94 655	106 248	102 401	101 411	112 580
Services optométriques	30 202	32 722	33 843	33 940	37 718
Bourses	8 813	9 081	9 720	9 352	12 610
Sous-total	4 883 782	5 253 036	5 387 249	5 723 079	6 151 517
Autres programmes confiés					
Services médicaux	183 548	187 270	199 476	210 977	231 237
Médicaments et services pharmaceutiques	455 941	477 659	502 137	548 190	584 562
Services hospitaliers	119 213	131 217	140 917	151 849	167 021
Services dentaires	2 498	2 471	2 394	2 410	2 418
Services optométriques	1 539	1 627	1 605	1 664	2 420
Services d'aide domestique	41 810	42 840	42 080	45 715	51 809
Aide financière (hépatite C)	13 771[1]	2 624	1 571	878	431
Sous-total	818 320	845 708	890 180	961 683	1 039 898
Total	**5 702 102**	**6 098 744**	**6 277 429**	**6 684 762**	**7 191 415**

1. Incluant une somme rétroactive de 12 528 000 $ d'aide financière aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

Services médicaux

(en milliers de dollars)

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Crédits d'assurance maladie	2 986 749	3 206 874	3 210 685	3 360 594	3 579 285
Rémunération à l'acte	2 137 837	2 274 843	2 244 244	2 315 134	2 452 351
Spécialistes	1 211 935	1 289 434	1 273 047	1 302 255	1 357 814
Omnipraticiens[2]	900 364	959 375	944 430	986 643	1 066 643
Remboursements versés aux personnes assurées	15 508	16 547	16 887	16 777	17 980
Professionnels de la santé hors du Québec	10 030	9 487	9 880	9 459	9 914
Rémunération à salaire et à la vacation	297 572	303 813	307 385	314 633	334 875
Vacation et honoraires forfaitaires	213 396	217 883	223 278	237 285	249 818
Salaires et honoraires fixes	84 176	85 930	84 107	77 348	85 057
Rémunération mixte	501 953	576 087	604 808	658 607	712 684
Spécialistes	501 953	574 249	602 358	656 124	709 687
Omnipraticiens	-	1 838	2 450	2 483	2 997
Avantages prévus au régime	49 387	52 131	54 248	72 220	79 375
Mesures incitatives et particulières[2]	31 938	31 479	27 194	26 625	28 349
Assurance responsabilité professionnelle	17 449	20 652	27 054	45 595	51 026
Autres programmes confiés	183 548	187 270	199 476	210 977	231 237
Rémunération des résidents en médecine	104 522	112 791	122 146	130 108	144 362
Commission de la santé et de la sécurité du travail	77 445	72 803	75 733	79 303	85 354
Soutien financier et Victimes d'immunisation	1 253	1 285	1 194	1 134	1 092
Évaluation de l'état mental d'un accusé	328	347	403	431	429
Services assurés non disponibles au Québec	-	44	-	1	-
Total	**3 170 297**	**3 394 144**	**3 410 161**	**3 571 571**	**3 810 522**

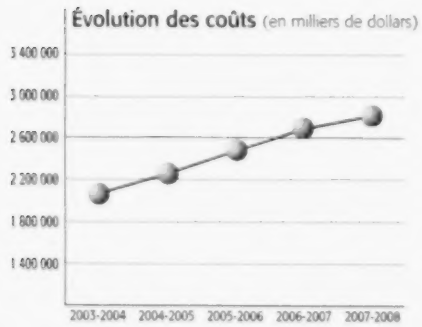


2. La dépense pour « allocation de départ assisté » a été regroupée avec les mesures incitatives et particulières plutôt qu'avec la rémunération à l'acte des omnipraticiens, pour l'exercice en cours ainsi que les exercices précédents.

Médicaments et services pharmaceutiques

(en milliers de dollars)

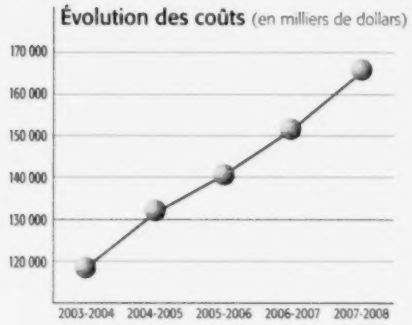
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Crédits d'assurance maladie	1 665 601	1 795 618	1 921 263	2 090 115	2 280 132
Personnes âgées de 65 ans ou plus (RPAM[3])	1 175 074	1 275 269	1 377 326	1 509 623	1 650 647
Prestataires d'une aide financière de dernier recours (RPAM[3])	490 409	520 234	543 930	580 492	629 485
- de moins de 65 ans	483 697	513 238	536 938	572 940	621 581
- de 60 à 64 ans bénéficiaires d'une allocation de conjoint	4 610	4 687	4 872	5 318	5 619
- de 65 ans ou plus	2 102	2 309	2 120	2 234	2 285
Surveillance et suivi de la consommation	118	115	7	-	-
Autres programmes confiés	455 941	477 659	502 137	548 190	584 562
Autres personnes admissibles au régime (RPAM[3])	448 581	472 348	498 238	545 541	581 849
Patients d'exception	5 712	3 163	1 299	-	-
Gratuité des médicaments pour :					
- les infections transmissibles sexuellement	894	862	859	794	723
- la chimioprophylaxie et la tuberculose	414	384	426	391	373
- la contraception orale d'urgence	99	605	990	1 101	1 242
Achat de places dans les résidences privées d'hébergement	241	276	284	282	276
Transport des thérapies parentérales	-	21	41	81	99
Total	**2 121 542**	**2 273 277**	**2 423 400**	**2 638 305**	**2 864 694**



3. Le régime public d'assurance médicaments couvre les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes non admissibles à un régime privé d'assurance collective ou d'avantages sociaux. Les coûts sont assumés par le Fonds de l'assurance médicaments, qui est financé, d'une part, par les primes perçues auprès des adhérents adultes et des personnes de 65 ans ou plus (présentés sous la rubrique « Autres programmes confiés ») et, d'autre part, par le fonds consolidé du revenu déterminé lors de l'allocation des crédits.

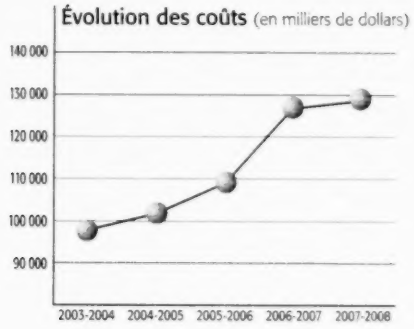
Services hospitaliers
(en milliers de dollars)

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Autres programmes confiés					
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	92 256	97 235	108 210	118 926	130 182
Ontario	69 592	74 347	84 062	89 850	101 539
Nouveau-Brunswick	13 646	12 737	12 458	13 738	13 599
Autres provinces	3 351	5 001	6 885	8 643	7 988
États-Unis	4 134	3 688	3 458	5 178	5 684
Autres pays	1 533	1 462	1 347	1 517	1 372
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	26 957	33 982	32 707	32 923	36 839
Ontario	13 398	15 740	14 294	15 282	17 127
Nouveau-Brunswick	8 247	13 150	12 161	12 388	12 975
Terre-Neuve	1 451	1 704	1 977	838	1 009
Autres provinces	3 861	3 388	4 275	4 415	5 728
Total	**119 213**	**131 217**	**140 917**	**151 849**	**167 021**



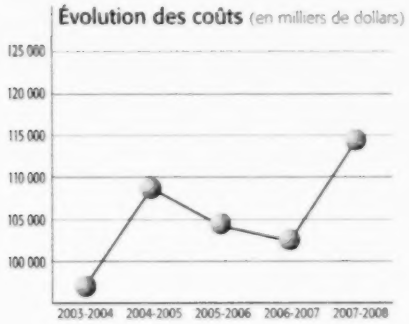
Aides techniques
(en milliers de dollars)

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Crédits d'assurance maladie					
Appareils suppléant à une déficience physique	66 601	70 026	74 473	84 072	81 668
Aides auditives	18 671	19 777	22 317	29 558	33 812
Appareils fournis aux stomisés permanents	6 333	6 593	6 749	7 544	7 461
Aides visuelles	4 287	4 332	3 856	4 640	4 462
Prothèses mammaires externes	1 498	1 395	1 569	1 491	1 447
Prothèses oculaires	372	370	373	362	342
Total	**97 762**	**102 493**	**109 337**	**127 667**	**129 192**



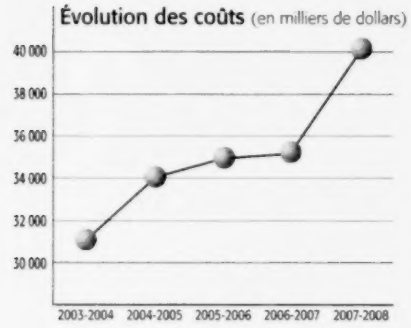
Services dentaires
(en milliers de dollars)

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Crédits d'assurance maladie	94 655	106 248	102 401	101 411	112 580
Personnes assurées	93 020	104 472	100 442	99 643	110 875
Enfants (moins de 10 ans)	49 662	53 266	50 616	51 774	54 924
Prestataires d'une aide financière de dernier recours (10 ans ou plus)	28 731	33 745	32 317	33 405	39 402
Prothèses dentaires - Denturologistes	8 146	9 440	8 364	7 185	8 415
Prothèses dentaires - Dentistes	1 638	2 040	2 021	1 629	1 768
Chirurgie buccale	4 843	5 981	7 124	5 650	6 366
Mesures incitatives	1 635	1 776	1 959	1 768	1 705
Autre programme confié	2 498	2 471	2 394	2 410	2 418
Dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique	2 498	2 471	2 394	2 410	2 418
Total	**97 153**	**108 719**	**104 795**	**103 821**	**114 998**



Services optométriques
(en milliers de dollars)

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Crédits d'assurance maladie					
Personnes assurées	30 202	32 722	33 843	33 940	37 718
Autre programme confié					
Personnes ayant une déficience visuelle	1 539	1 627	1 605	1 664	2 420
Total	**31 741**	**34 349**	**35 448**	**35 604**	**40 138**



Les frais d'administration

La Régie engage des frais pour l'administration du régime d'assurance maladie, du régime public d'assurance médicaments ainsi que pour tout autre programme qu'une loi ou que le gouvernement lui confie.

Le Fonds des services de santé contribue au remboursement de la plus grande partie de ces frais.

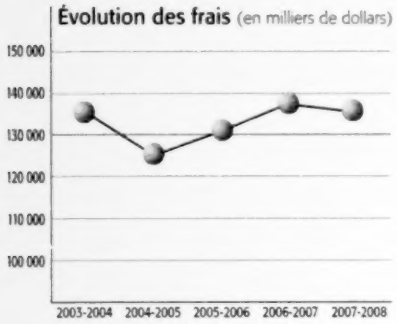
Les autres frais sont principalement imputés au Fonds de l'assurance médicaments et au ministère de la Santé et des Services sociaux.

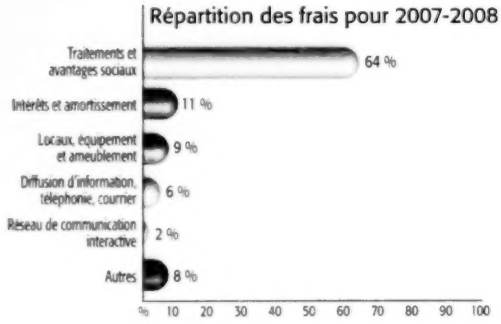
Des frais d'administration sont également facturés à la Commission de la santé et de la sécurité du travail par la Régie dans le cadre de l'entente qui les lie pour le remboursement des services rendus par les médecins.

Répartition des frais d'administration

(en milliers de dollars)

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Traitements et avantages sociaux	80 630	85 142	85 474	91 937	86 955
Intérêts et amortissement	13 673	12 313	13 416	15 136	14 205
Locaux, équipement et ameublement	11 727	13 835	14 085	15 028	11 756
Diffusion d'information, téléphonie, courrier	6 743	7 454	8 027	7 099	7 550
Réseau de communication interactive	3 800	4 626	4 625	4 359	3 102
Autres	19 510	4 226	6 141	3 798	11 495
Total	**136 083**	**127 596**	**131 768**	**137 357**	**135 063**





Imputation des frais d'administration

(en milliers de dollars)

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Régie de l'assurance maladie du Québec	96 754	85 399	86 243	85 627	89 898
Fonds de l'assurance médicaments	30 540	32 704	36 623	36 587	33 842
Gouvernement du Québec	7 279	8 265	6 745	9 378	8 856
Commission de la santé et de la sécurité du travail	1 510	1 228	2 157	5 765	2 467
Total	**136 083**	**127 596**	**131 768**	**137 357**	**135 063**

Les coordonnées de la Régie

SITE INTERNET

www.ramq.gouv.qc.ca

ADRESSES DES BUREAUX

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7

3e étage, bureau 300
425, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3G5

AUTRES COORDONNÉES

POUR LES CITOYENS

Téléphone

Québec : 418 646-4636
Montréal : 514 864-3411
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749

Appareil de télécommunication pour personnes sourdes (ATS)

Québec : 418 682-3939
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939

POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

	TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR
Québec	418 643-8210	418 646-9251
Montréal	514 873-3480	514 873-5951
Ailleurs au Québec, sans frais	1 800 463-4776	

Ligne Info Prof

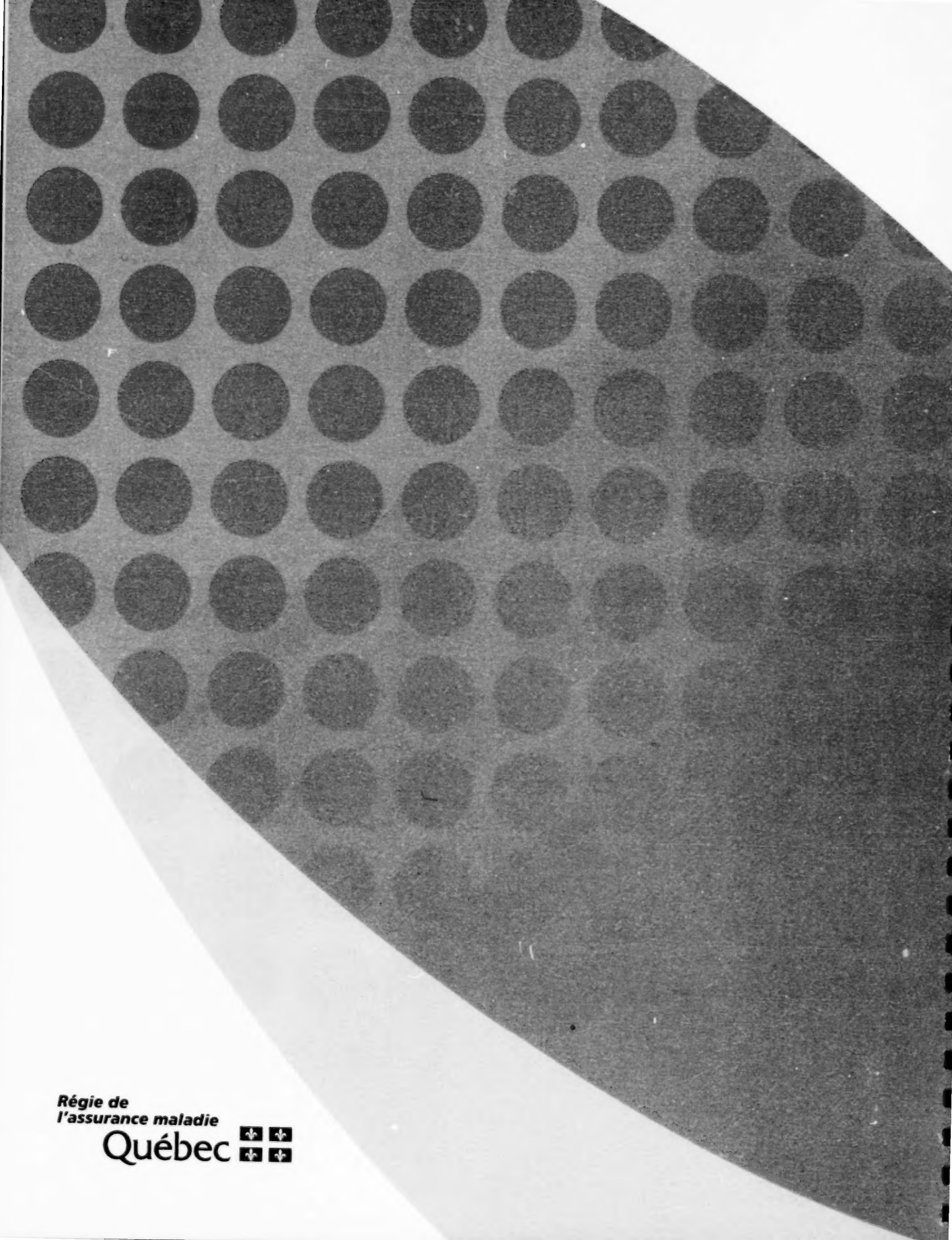
Québec : 418 528-7763
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 463-7763

Centre de support aux pharmaciens

	TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR
Québec	418 643-9025	418 528-5655
Ailleurs au Québec, sans frais	1 888 883-7427	1 866 734-4418

Courriel

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca



Régie de l'assurance maladie
Québec